

THESE

526

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

P A R

NAHON CLAUDE, BARUCK

Né le 25 Septembre 1927 à ORAN

Présentée et soutenue publiquement le

1953

LE DIAGNOSTIC CLINIQUE PREOPERATOIRE

des

HÉMANGIOMES CAVERNEUX DU FOIE

APPORT de la LAPAROSCOPIE

et de la

GAMMAGRAPHIE

PRESIDENT : Monsieur le Professeur J. SENEQUE

THESE

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

P A R

NAHON CLAUDE, BARUCK

Né le 25 Septembre 1927 à ORAN



Présentée et soutenue publiquement le

1953

LE DIAGNOSTIC CLINIQUE PREOPERATOIRE

des

HÉMANGIOMES CAVERNEUX DU FOIE

APPORT de la LAPAROSCOPIE

et de la

GAMMAGRAPHIE

PRESIDENT : Monsieur le Professeur J. SENEQUE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. BENARD (H.), BROCC (P.), BULLIARD (H.), CADENAT (F.), CARNOT (P.),
 CHABROL (Et.), CHAMPY (C.), CHEVASSU (M.), DEBRE (R.), DELBET (P.),
 DONZELOT (E.), CASTINEL (P.), GUILLAIN (G.), HALPHEN (E.), HARMIER (P.)
 LAROCHE (G.), LAUBRY (Ch.), LEMAITRE (F.), LEVY-SOLAL (E.), LHERMITE (J.)
 LIAN (C.), LOEPER (M.), MARION (G.), MATHIEU (P.), MOCQUOT (P.),
 MONDOR (H.), MULON (P.), OLIVIER (E.), RICHET (Ch.), SANNIE (Ch.),
 SEZARY (A.), TANON (L.), VELTER (E).

Doyen : Léon BINET
 Membre de l'Institut

Assesseur : Jean VERNE.

I.- PROFESSEURS

Anatomie		CORDIER (G.)
Anatomie Pathologique		DELARUE (A.)
Bactériologie		FASQUELLE (R.)
Biochimie Médicale		JAYLE (M.F.)
Biologie appliquée à l'Educ. Phy. et Sports		CHAILEY-BERT (P.)
Biologie Médicale		FAUVERT (R.)
Cancérologie Médicale et sociale		BERNARD (J.)
Clinique de cardiologie		MOUQUIN (M.)
Cliniques Chirurgicales	{ Beaujon	SICARD (A.)
	{ Cochin	QUENU (J.)
	{ Hôtel-Dieu	MENEGAUX (C.)
	{ Salpêtrière	MOULONCUET (P.)
Clinique Chirurg. réparatrice et orthopédique		MERLE D'AUBIGNE (R.)
Clinique de Chirurgie cardio-vasculaire		de GAUDARD-d'ALLAINES (F.)
Clinique de Chirurg. infantile et orthopédie		FEVRE (M.)
Clinique de Chirurgie pleuro-pulmonaire		MATHEY (J.)
Clinique gynécologique		FUNCK-BRENTANO (P.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		DEGOS (R.)
Clinique des maladies des enfants		CATHALA (J.)
Clinique des maladies infectieuses		MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale		DELAY (J.)
Clinique des maladies métaboliques		HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies du sang		MARCHAL
Clinique des maladies du système nerveux		ALAJOUANINE (T.)
Cliniques Médicales	{ Bichat	JUSTIN-BESANCON (L.)
	{ Broussais	DE GENNES (L.)
	{ Cochin	MOREAU (R.)
	{ Hôtel-Dieu	BARIETY (M.)
Clinique Méd. d'Hydro-climatologie thérapeutique		DEBRAY (C.)
Clinique Médicale propédeutique		PASTEUR VALERY-RADOT (L.)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition		BOULIN (R.)
Clinique de neuro-chirurgie		PETIT-DUTAILLIS (D.)
Cliniques Obstétricales	{ Baudelocque	LACOMME (M.)
	{ Port-Royal	VARANCOT (J.)

Clinique d'Obstétrique et de gynécologie
 Clinique Ophtalmologique
 Clinique oto-rhino-laryngologique
 Clinique de pneumo-phtisiologie
 Clinique psychiatrique infantile
 Clinique de puériculture
 Clinique rhumatologique médicale et sociale
 Clinique stomatologique
 Clinique thérapeutique chirurgicale
 Clinique thérapeutique médicale
 Clinique urologique

Embryologie

Génétique médicale

Histoire de la médecine et de la chirurgie

Histologie

Hygiène et clinique de la première enfance

Hygiène et médecine préventive

Médecine légale

Médecine du travail

Parasitologie et histoire naturelle médicale

Pathologie Chirurgicale

Pathologie exotique

Pathologie expérimentale et comparée

Pathologie humorale et immunologie expérimentale

(chaire à titre personnel)

Pathologie médicale

Pathologie et thérapeutique générales

Pédiatrie sociale

Pharmacologie et matière médicale

Physico-chimie médicale (chaire à titre personnel)

Physiologie

Physique médicale

Radiologie médicale

Technique chirurgicale

Thérapeutique

LANTUEJOUL (P.)

RENARD (G.)

AUBIN (A.)

BERNARD (E.)

HEUYER (G.)

LELONG (M.)

COSTE (F.)

DECHAUME (M.)

SENEQUE (J.)

LEMAIRE (A.)

FEY (B.)

GIROUD (A.)

LAMY (M.)

SOULIE (P.)

VERNE (J.)

TURPIN (R.)

JOANNON (C.)

PIEDELIEVRE (R.)

DESOILLE (H.)

GALLIARD (H.)

COUVELAIRE (R.)

LAVIER (G.)

LENEGRE (J.)

MERKLEN (F.)

DECOURT (J.)

GARCIN (J.)

MARIE (J.)

HAZARD (R.)

DOGNON (A.)

BINET (L.)

STROHL (A.)

DESCREZ (H.)

PATEL (J.)

BROUET (G.)

II.- PROFESSEURS SANS CHAIRE MAITRES de CONFERENCES-AGREGES et AGREGES

Anatomie

(DELMAS (A.) pr s.ch.
 CABROL (C.)
 DEBEYRE (J.)
 OLIVIER (G.)

Anatomie Pathologique

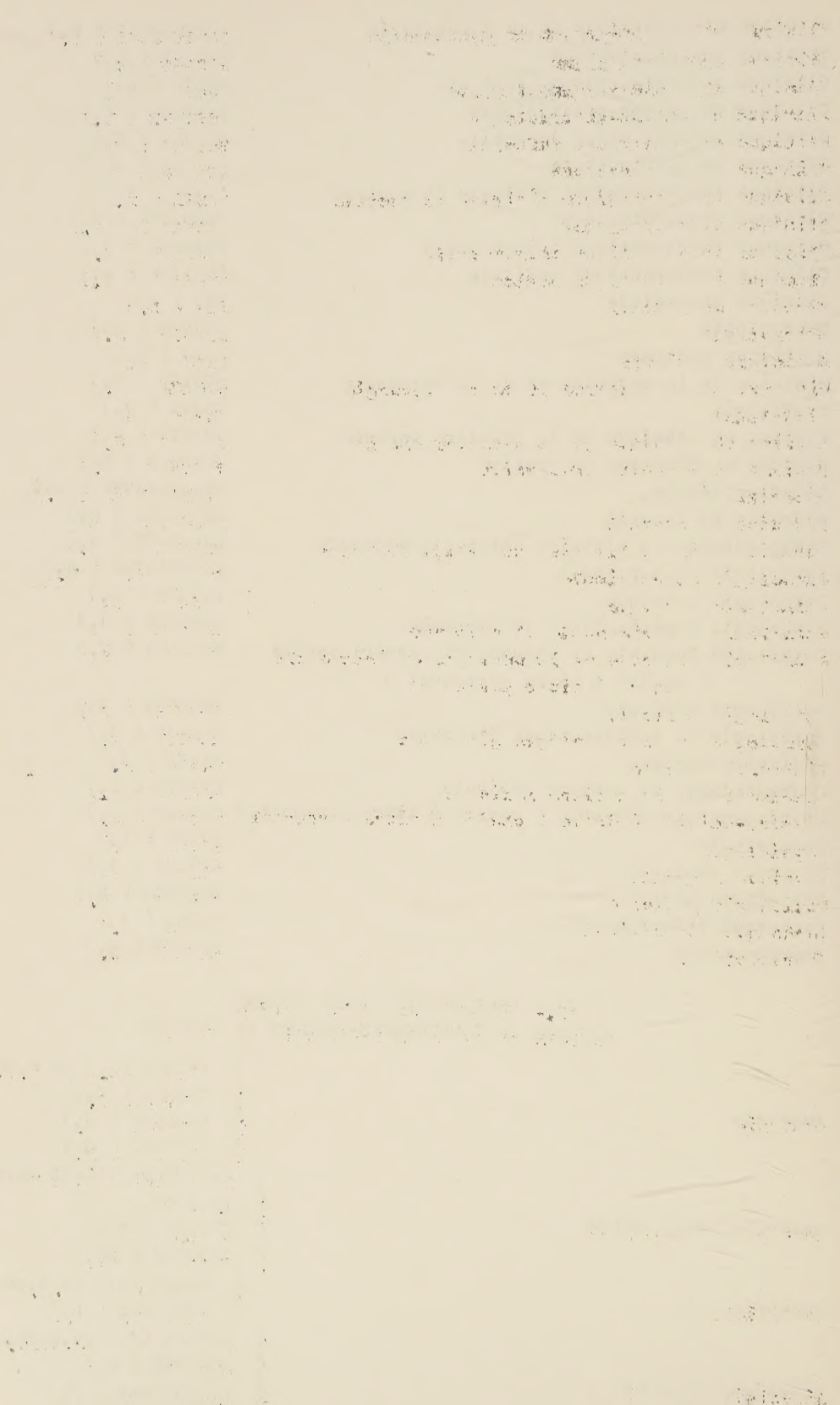
(GAUTHIER-VILLARD MlleP.
 pr s.ch.
 BUSSER (F.)
 GOUYGOU (Ch.)

Bactériologie

(NEVOT (A.) pr s.ch.
 CHRISTOL (D.)

Biochimie médicale

(ETTORI (J.) pr s.ch.
 DESCREZ (P.)
 POLONOVSKI (J.)
 SCHAPIRA (R.)



Biologie Médicale
Dermato-syphiligraphie
Embryologie

Histologie

Hydrologie

Hygiène

Maladies Infectieuses

Médecine légale

Médecine du travail

Neuro-chirurgie

Neurologie

Obstétrique

Ophtalmologie

Orthopédie

Oto-rhino-laryngologie

Parasitologie

Pathologie chirurgicale

Pathologie expérimentale

BOURLIERE (F.)
DUPERRAT (F.)
TUCHMANN-DUPLESSIS (H.)
COUJARD (F.)
N ...
N ...
CORNET (A.)
BOYER (J.) pr.s.ch.
DEPARIS (M.) pr.s.ch.
BASTIN (R.)
DEROBERT (L.) pr.s.ch.
GAULTIER (M.)
HADENGUE (A.)
ALBAHARY (G.)
DAVID (M.)
LHERMITTE (F.)
GRASSET (J.)
LE LORIER (G.)
LEPAGE (F.)
MERGER (P.)
MORIN (P.)
RAVINA (J.)
ROBEY (M.)
BREGEAT (P.)
DESVIGNES (P.)
JUDET (R.)
AUBRY (M.)
MADURO (R.)
BRUMPT (L.G.)
CHABAUD (A.)
ABOULKER (P.)
BARGAT (J.)
BAUMANN (J.)
CAUCHOIX (J.)
DUBOST (C.)
FAUREL (J.)
FLABEAU (F.)
GERMAIN (A.)
GOSSET (J.)
LAURENCE (G.)
LORTAT-JACOB (J.)
MATHEY (J.)
OLIVIER (Cl.)
POILLEUX (F.)
THOMERET (G.)
VERNE (J.M.)
LOEPER (J.)
MAURICE (P.)

Pathologie médicale

BOUDIN (G.)
BOUVIER (J.B.)
BRICAIRE (H.)
BRISSAUD (H.)
CASTAIGNE (P.)
CONTE (M.)
DEROT (M.)
DOMART (A.)
LAMOTTE (M.)
LAROCHE (C.P.)
MAGREZ (C.)
MILLIEZ (P.)
PEQUIGNOT (H.)
PERRAULT (M.)
RAMBERT (P.)
ROYER (P.)
THIEFFRY (St.)
TURIAF (J.)
WOLFROMM (R.)
N ...

Pédiatrie

{ JOSEPH (R.)
{ MOZZICONACCI (P.)
{ POLONOVSKY (Cl.)

Pharmacologie

{ CHEYNOL (J.) pr.s.ch.
{ LEVY (Mlle J.) pr.s.ch.

Physiologie

{ BARJETON (D.) pr.s.ch.
{ PARROT (J.) pr.s.ch.
{ DEJOURS (P.)

Physique Médicale

{ DJOURND (A.) pr.s.ch.
{ COUGEROT (L.)

Pneumo-Phtisiologie
Psychiatrie
Psychiatrie infantile
Rhumatologie

KREIS (B.)
PICHOT (P.)
MICHAUX (L.)
DELBARRE (F.)

Stomatologie

{ CERNEA (P.)
{ CHAPUT (Mme A.)

Thérapeutique
Urologie

CHASSAGNE (P.)
KUSS (R.)

III.- PROFESSEURS SANS CHAIRE ET ACREGES
CHARGES de COURS de CLINIQUE ANNEXE
à titre permanent

Clinique chirurgicale	{ AMELINE (A.) HUGUIER (J.) LEGER (L.) PADOVANI (P.) ROUX (M.)
Clinique médicale	{ DREYFUS (Gilbert) HAGUENEAU (J.) pr.s.ch. KOURILSKY (R.) MARCHAL (G.)
Clinique neurologique	DE SEZE (S.)
Clinique obstétricale	MAYER (M.)
Clinique ophtalmologique	OFFRET (G.)
Clinique pédiatrique	LAPLANE (R.)
Clinique psychiatrique	BARUK (H.)

=====

Secrétaire général de la Faculté M. MOREL (J.)
Secrétaire Mlle CHAINTREUIL (G.)

Conservateur, chargé de la direction M. le Dr. HAHN (A.)
Conservateur Mlle GOICHON (A.)
Bibliothécaires Mlles DUMAITRE (P.)
LAURENT (H.), LE NOIR (G.), QUIEVREUX (E.)

Par délibération en date du 9 Décembre 1798, l'Ecole a arrêté
que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées
doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle
n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A Monsieur le Professeur J. S E N E Q U E

Professeur de Thérapeutique Chirurgicale,

Qui m'a fait l'honneur d'accepter
la présidence de cette thèse.

En témoignage de ma gratitude.

INTRODUCTION

L'hémangiome caverneux du foie, s'il représente une constatation anatomique fréquemment retrouvée au cours des autopsies, constitue, par contre, un événement clinique .

Sa grande rareté, sa symptomatologie générale d'emprunt, le caractère exceptionnel des signes cliniques particuliers à ces tumeurs vasculaires ont mis les médecins devant des problèmes diagnostiques difficiles qui ont conduit, dans la grande majorité des cas, à des erreurs . Et ce n'est qu'au temps opératoire, le plus souvent au cours d'une laparotomie exploratrice, que la lésion a pu être reconnue .

En effet, la symptomatologie, peu évocatrice la plupart du temps, ne peut orienter le médecin . En outre, l'examen met en présence, soit d'une hépatomégalie, soit d'une " tumeur abdominale ", terme pris dans son sens le plus large, dont les rapports anatomiques avec le foie peuvent être plus ou moins étroits et plus ou moins évidents et ne permet que rarement, un diagnostic clinique préopératoire exact de localisation et de nature .

Les examens paracliniques habituels se trouvent en défaut :

- la biologie est constamment muette, et n'aide en rien, au diagnostic .
- L'étude radiologique la plus complète, n'a, le plus souvent, qu'une valeur négative en ce sens qu'elle permet d'éliminer certaines hypothèses diagnostiques formulées lors de l'examen clinique et si elle permet, dans certains cas, une localisation approximative de la tumeur, elle ne peut jamais déterminer la nature vasculaire de celle-ci .

Ainsi devant une lésion à caractère tumoral au niveau du foie, la laparotomie exploratrice se trouvait légitimée et, seule, elle permettait le diagnostic .

Or l'apparition, dans la pratique hospitalière, des "méthodes de diagnostic anatomique in vivo" (J.CAROLI) que sont:

- La péritonéoscopie complétée par la laparophotographie en couleurs , d'une part
- L'Hépatographie par scintillographie au rose bengale marqué par l'iode 131, de l'autre ,

à permis de surmonter avec succès la difficulté du diagnostic préopératoire de ces tumeurs vasculaires.

Nous rapportons, dans ce travail, effectué dans le service de notre Maître CAROLI, trois cas d'hémangiomes caverneux (1) dont le diagnostic exact au temps préopératoire n'a pu être fait que grâce à ces méthodes nouvelles et élégantes d'investigation, permettant ainsi d'envisager avec soin les solutions thérapeutiques les plus appropriées.

De plus, à la suite des remarquables travaux de M. COUINAUD sur la topographie de la vascularisation du foie, la pratique des " Hépatectomies réglées " segmentaires a amélioré les conditions opératoires, en simplifiant les interventions et en minimisant les risques encourus par le malade dans la chirurgie de ces néoformations vasculaires .

(1) 2 ont été déjà publiés par ailleurs et le 3ème est en voie de parution .

HISTORIQUE

L'angiome caverneux du foie a été signalé en tout premier lieu par CRUVEILHIER et DUPUYTREN .

Par la suite BERARD Aîné, dans un essai d'explication anatomique et pathogénique, le rapportait à une hétérotopie splénique. Il écrivait à ce sujet dans ses " Notes sur quelques faits rares d'Anatomie pathologique " :

" Quelques personnes pour lesquelles les explorations des modifications organiques les plus variées ne sont qu'un jeu, considérant qu'il existe quelquefois plusieurs rates et que, pendant les premiers temps de la vie intra-utérine, le foie très développé et peu consistant, s'avance autant dans l'hypocondre gauche que dans le droit, ne feraient peut-être aucune difficulté d'admettre qu'il y a eu pénétration d'une de ces petites rates dans le foie, comme on voit un embryon entier dans le corps de son frère et cette opinion serait rendue probable, pour nous, par la position constante de ce tissu érectile vers le bord antérieur du lobe gauche du foie, par la forme arrondie, la circonscription de ces tumeurs qu'une membrane fibreuse sépare du tissu hépatique .

D'autres verraient, dans l'aberration d'une artériole destinée à se terminer par un tissu splénique, la cause toute naturelle du phénomène " .

HEUSINGER , ANDRAL ont tenté, à leur tour, d'expliquer ce phénomène par des considérations anatomo-pathologiques .

Mais les notions relatives au mode de développement des angiomes ne se précisèrent qu'avec les progrès de l'histophysiologie.

ROKITANSKI et BUCH contestaient leurs connexions avec les vaisseaux sanguins .

VIRCHOW et MAÏER les rapportaient aux artères et

aux veines du foie, FRERICHs aux ramifications de la veine porte . VIRCHOW (1863) en soulignant la distinction entre la téléangiectasie simple et l'angiome vrai, a reconnu l'analogie de ce dernier avec les tumeurs érectiles des autres régions .

Le mémoire de SCHMIEDEN (1900), basé sur l'étude soignée de 2 cas opérés ou autopsiés, marque une date importante dans l'histoire de la question .

La première publication chirurgicale d'angiome caverneux du foie est due à VON EISELSBERG qui intervient, en 1893, chez une femme de 59 ans et pratique l'exérèse d'une tumeur sessile de 470 grammes évoluant depuis 15 ans . L'examen histologique affirme la nature bénigne de la tumeur et la malade guérit définitivement en sept semaines .

En 1913, THÖLE recueille 13 cas dans la littérature, mais il omet celui de HANKS .

En 1925, WOLFHEMSOHN groupe 18 cas opérés .

En 1928, GASPARIAN publie une liste des 19 cas connus jusqu'alors .

La même année , CLAR donne communication d'un cas personnel et en retrouve 30 dans la littérature .

En 1930, BALINSKY n'en relève que 22 .

En 1932, POZZI compte 36 observations .

En 1933, KUNDSTATER n'en mentionne que 14 .

En 1934, TOMASI en signale 38 .

En 1940, SIEBNER ne connaît, dans toute la littérature mondiale, que 3 cas opérés; mais, la même année d'AGOSTINO en catalogue 61 dont 3 cas italiens .

L'année suivante, MILONE (1941), bien qu'ayant retrouvé chez les seuls auteurs italiens 4 cas de plus que d'AGOSTINO, n'en signale que 53 dans le monde. Or, le cas d'ASCOLI, publié en 1930, n'est, comme le signale d'ERRICO, mentionné par aucun de ces deux auteurs .

SCHUMACKER, en 1942 -retrouve 66 cas d'hémangiome bénin du foie opérés, son cas personnel portant le chiffre à 67 .

En 1944, alors que le précédent mémoire n'était pas connu de lui, la littérature américaine n'étant pas à cette époque acces-

sible aux Français, NINARD faisait résumer un cas personnel, ainsi qu'un rappel des cas parus, par RELAY dans sa thèse .

En 1946, d'ERRICO publie un travail très documenté où il a réuni 69 observations d'hémangiomes opérés avant 1940 et ajoute à cette liste 2 cas personnels opérés respectivement par le professeur TORRACA et le professeur BALICE. De plus, il identifie le cas Lossen mentionné par GASPARIAN dans son résumé des cas connus en 1928 à celui de Nossen également cité par GASPARIAN .

En 1949, RIDDLER et MADDING retrouvent 4 cas publiés depuis SCHUMACKER : ceux de MORTON, AYRES NETTO et AMORIM, PICKRELL et CLAY et PEALE et COOMBS ; ils rapportent 1 cas personnel, ce qui ramène le nombre d'observations à 72 .

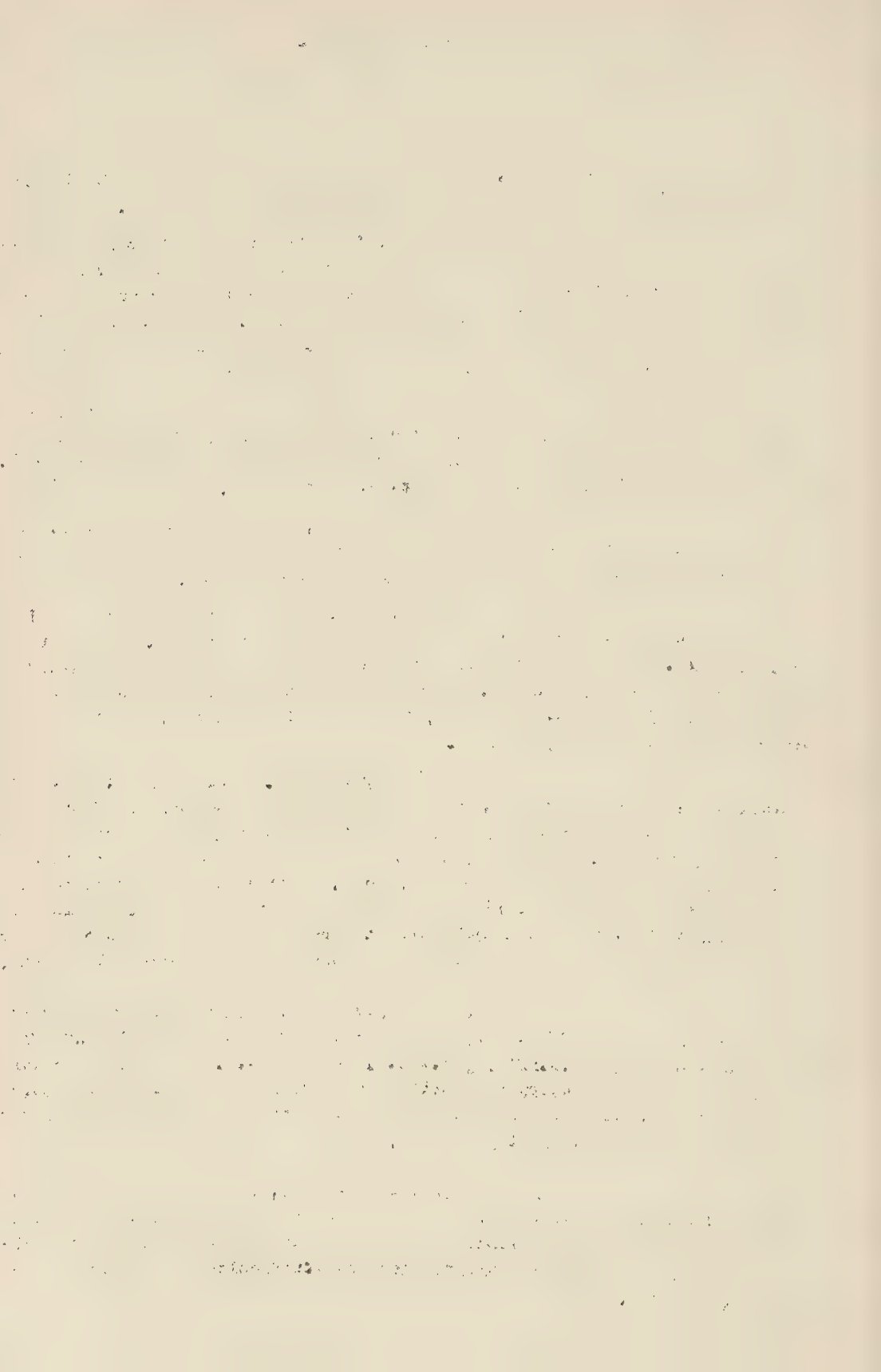
En mars 1951, Géraud de LA ROCHEMACE, dans une remarquable thèse inspirée par son maître NINARD qui fait autorité en matière de tumeurs du foie, en réunit 79 cas .

En juin 1952, dans un article paru dans les "Annals of Surgery", à propos de 3 de leurs cas, H. WILSON et W.T. TYSON, se référant toujours à la publication de SCHUMACKER, groupent 14 nouveaux cas, ce qui, selon eux, ramène le nombre total à 84, dont 71 opérés, cependant, ils ne signalent pas l'observation de NINARD et LA ROCHEMACE .

En février 1954, N. TASKIRAN et M. KAN, dans le Journal de Chirurgie, rappellent la statistique de d'ERRICO, à savoir 71 cas d'hémangio-endothéliome dont 53 opérés, parmi lesquels 7 cas de rupture. Par contre, ils ne font pas mention des observations parues depuis dans la littérature . Il faut signaler en outre que leur cas est le premier opéré par Hépatotomie Régulée. Depuis, HEITZ a publié, en 1956, dans "Lyon Chirurgical" un autre cas opéré par Hépatotomie Régulée droite, dont nous donnons plus loin le résumé.

En septembre 1956, est publié dans "Surgery, Gynecology and Obstetrics" un travail statistique de la MAYO CLINIC dans lequel S.W. HENSON Jr., H.K. GRAY et M.B. DOCKERTY ont réuni 35 cas vus dans cette institution entre les années 1907 et 1954, cas dont ils ne publient pas les observations détaillées et que, par conséquent, on ne peut analyser .

En février 1957, J. FRITZSHE signale 85 cas d'hémangiome du foie relevés dans la littérature chirurgicale dont 12 ruptures parmi lesquelles 2 seul ment ont été suivies de guérison, et à ce propos il souligne la grande difficulté diagnostique de ces tumeurs .



OBSERVATIONS

I. - OBSERVATIONS PERSONNELLES

Nous rapportons ci-dessous 3 observations d'hémangiome caverneux du foie recueillies dans le service de notre Maître le Docteur J. CAROLI, à l'hôpital Saint-Antoine.

Les deux premières ont déjà été publiées ailleurs, la troisième le sera incessamment.

OBSERVATION N° 1

Madame GUE Yvonne, 49 ans, est hospitalisée à Saint-Antoine, adressée par son médecin de Quimper, pour une hépatomégalie, le 29 septembre 1955.

L'interrogatoire révèle qu'elle a subi une hystérectomie en 1950 pour fibrome. Elle avait eu deux grossesses normales, suivies d'accouchements normaux.

Depuis novembre 1954, elle présente des troubles dyspeptiques et des douleurs à la base du thorax, dans le dos et à droite. Elle accuse, en outre, un amaigrissement important, 15 kilos en un an. Au mois de mai 1955, elle est asthénisée et son médecin découvre une hépatomégalie prédominant sur le lobe gauche.

A son entrée à l'hôpital, l'examen clinique montre un gros foie dont le bord antérieur, tranchant, ne dépasse, au niveau du lobe droit, le rebord costal que de 4 ou 5 centimètres environ. On palpe très bien la limite inférieure du lobe gauche, dans l'hypocondre gauche, juste à gauche de la ligne

médiane. Sa surface paraît lisse, il semble, cependant, que l'on perçoit un nodule un peu à droite de la ligne médiane .

La rate n'est pas perceptible et on ne décèle ni ascite ni circulation collatérale .

Par ailleurs, l'examen cardio-vasculaire est négatif. L'appareil pulmonaire est normal . Enfin, on note un ou deux petits ganglions cervicaux droits et de nombreux petits ganglions durs, mobiles, dans le creux axillaire, surtout le gauche, et dans la région inguinale .

EXAMEN RADIOLOGIQUE

1.- RADIOGRAPHIE de l'ESTOMAC après ingestion barytée .

La petite courbure est incurvée et refoulée vers la gauche par une compression extrinsèque.

2.- RADIOGRAPHIE du COLON après Lavement baryté .

Normal .

3.- ANGIOCHOLOGIE INTRA-VEINEUSE

Normale .

BILAN BIOLOGIQUE

- Hémogramme :

. Hématies	=	3,830.000
. Leucocytes	=	5.100 avec 60 % de polynucléaires
. Hémoglobine	=	80 %
. Valeur globulaire	=	1,05

- Urée = 0.30

- Prothrombine = 55 % avec un temps proche de celui du témoin .

- Sérologie négative .

- Bilan hépatique normal . Les tests hépatiques sont normaux et l'on note seulement une légère rétention de la bromsulfonephtaléine après 5 minutes. L'épreuve est normale après 45 minutes.
- L'électrophorèse des protéines du plasma est normale.

CONCLUSION DE L'EXAMEN CLINIQUE, RADIOLOGIQUE et BIOLOGIQUE -

Le diagnostic porté est celui de gros foie abdominal sans préjuger de la nature de la lésion .

Une péritonéoscopie est alors pratiquée le 11 octobre 1955 .

PERITONEOSCOPIE -

Lobe gauche méconnaissable. Il paraît massivement déformé par deux tumeurs principales dont l'une est voisine du ligament rond et descend jusqu'à hauteur de l'ombilic . La couleur générale est celle d'un foie normal, mais un peu plus foncée ; par endroits, on note un reflet métallique gris-acier. Mais surtout, deux éléments sont frappants :

- 1.- Des traînées blanches , larges de 1 cm , rétractiles qui s'entrecroisent et cravatent, pour ainsi dire la masse principale .
- 2.- Des éléments vasculaires extrêmement nombreux qui se traduisent par de véritables angiomes et ont, par endroits, l'aspect de sortes de phlyctènes remplies de sang rouge foncé .

CONCLUSION -

Devant la stricte unilatéralité de la tumeur localisée à un lobe, devant son aspect très vascularisé, on porte le diagnostic préopératoire d'hémangiome caverneux .

On aurait aimé en avoir la confirmation par hépatographie par voie transsplénique, mais la splénoportographie est impossible pour des raisons psychologiques .

Devant les données de la laparoscopie, on pense qu'il y a indication pour une hépatectomie réglée .

COMPTE-RENDU OPERATOIRE -

Coeliotomie sus-ombilicale .

Le hile gauche est considérablement hypertrophié, siège d'une tumeur ressemblant à un hémangiome d'apparence kystique. L'aspect macroscopique rappelle exactement celui décrit par le compte-rendu coelioscopique . L'extrémité postérieure du lobe ne fait pas partie de la tumeur principale ; on y observe plusieurs petites taches angiomateuses. Le processus est strictement limité au lobe gauche .

Section d'un pont de parenchyme reliant la face inférieure du lobe carré à celle du lobe gauche. En suivant le bord gauche et la face supérieure du ligament rond, on fait l'hémostase systématique des pédicules antérieur et postérieur du lobe gauche. Le pédicule antérieur est triple. L'artère du lobe gauche vient directement de la coronaire stomachique; l'hémostase est assurée. Il s'ensuit un changement de coloration très net de la zone, qui, à la partie antérieure, est située un peu à droite de l'hémisection du ligament falciforme et, à la partie postérieure, est nettement à gauche.

La section est menée d'avant en arrière en suivant la limite du changement de coloration .

L'hémorragie est minime .

On découvre, en arrière, une volumineuse veine sus-hépatique lobaire gauche qui est liée et sectionnée. Quelques points d'hémostase, lame de spongel imbibée de thrombase . Drain aspiratif dans une lame de caoutchouc ondulé au contact de la tranche de section. Fermeture de la paroi en trois plans .

N.B. - Dès la ligature du pédicule artériel gauche, la tumeur s'est aussitôt affaissée .

EXAMEN HISTOLOGIQUE DE LA PIÈCE OPERATOIRE -

Fragment prélevé en pleine zone tumorale : structure cavernouse. La coupe est constituée par une série de fentes vasculaires.

Au microscope, ce fragment qui est prélevé à la limite de la tumeur et du parenchyme présente une cloison

fibreuse entre les deux plans. Le tissu tumoral, lui-même, a une structure typiquement angiomatense ; il est constitué de petites cloisons fibreuses recouvertes d'un endothélium aplati, mais, par suite de la ligature de l'artère nourricière et du dégonflage du cavernome, il ne reste pratiquement plus de sang visible dans la cavité. Le parenchyme hépatique environnant, séparé par le plan fibreux, est normal, sauf, peut-être, une exagération du tissu fibreux glissonien. Entre la cloison et le parenchyme hépatique, on découvre toute une série de tronçons artériels de moyen calibre. Il s'agit, sans doute, de l'artère nourricière de la tumeur qui a été coupée en plusieurs segments .

Les suites opératoires ont été extrêmement simples. La malade est ramenée dans le service 12 jours après son intervention. Elle présente, à ce moment-là, une température voisine de 38° et une suppuration de la paroi d'où s'écoule du pus et de la bile : il s'agit d'une petite fistule ayant son origine au niveau de la tranche de section hépatique . Une vingtaine de jours plus tard, après un traitement antibiotique, l'écoulement se tarit, la cicatrice est propre et la malade rentre chez elle avec un bon état général et ayant repris du poids.

O B S E R V A T I O N N° 2

Mademoiselle SOU ... , jeune fille d'origine portugaise, a été adressée dans le service le 4 juillet 1957, pour une splénoportographie avec le diagnostic " d'énorme masse abdominale d'origine indéterminée et d'étiologie inconnue " . Cet examen s'est avéré impossible, d'une part du fait de l'énorme volume de la tumeur qui semblait remplir l'hypocondre droit, l'hypocondre gauche, la région lombaire et la fosse iliaque droite, ce qui rendait aléatoire la ponction de la rate ; d'autre part, parce que la patiente pusillanime, très nerveuse, rendue capricieuse par sa longue maladie, se refusait systématiquement à toute exploration tant soit peu douloureuse et n'acceptait pas le principe de l'anesthésie générale . Dans ces conditions, la splénoportographie apparaissait non seulement incertaine, mais sûrement dangereuse .

PASSE PATHOLOGIQUE -

A l'âge de 15 ans, apparition d'un léger syndrome à allure d'hyperfonctionnement surrénal : obésité de type cushingoïde, hypertrichose, tendance à l'hypertension, aménorrhée secondaire suivie de sept mois d'oligoménorrhée . Les dosages hormonaux, pratiqués à plusieurs reprises, étaient normaux; la selle turcique radiologiquement normale; quelques signes d'hypoplasie de la surrénale droite et une anomalie morphologique du rein droit qui paraissait replié sur lui-même .

Depuis 3 ans, la patiente note une augmentation progressive de la moitié supérieure de l'abdomen. Le 15 octobre 1956, à l'occasion d'un épisode fébrile avec nausées, vomissements, douleurs épigastriques et de l'hypocondre droit, on découvre une tumeur faisant corps avec le foie, débordant dans l'épigastre, s'étendant au niveau de la région ombilicale et comblant la fosse lombaire .

Examen radiologique

L'urographie intra-veineuse montre une luxation, vers la fosse iliaque gauche, du rein droit .

La sériographie gastro-duodénale montre un refoulement global, non seulement de l'estomac, mais du duodéno-pancréas, vers l'hypocondre gauche .

Le diagnostic porté à Lisbonne est celui de luxation du foie, des organes abdominaux et des reins par une tumeur rétro-péritonéale . Le malade est opéré le 29 janvier 1957 par voie lombaire transversale : on constate l'absence de toute tumeur rétropéritonéale. Le rein et la surrénale droite ne peuvent être perçus ; la masse d'aspect vasculaire paraît être intrapéritonéale. L'examen par ponction ne ramène que du sang . Les suites opératoires sont très difficiles : poussées fébriles à 39° - 40° pendant cinq semaines. L'état général finit par se rétablir. Le malade est alors adressée, pour réintervention, au Professeur LORTAT-JACOB.

A son entrée à l'hôpital Saint-Antoine, la patiente est en parfait état de santé, sans aucun signe de fatigue . On note une certaine tendance à l'embonpoint, une activité et un psychisme normaux, sauf un refus obstiné à la plupart des examens complémentaires qui lui sont proposés .

A l'examen clinique, la palpation découvre une tumeur de l'abdomen des plus volumineuses. Il y a un comblement complet de l'hypocondre droit, de l'hypocondre gauche, de la région lombaire et de la fosse iliaque droites. Seules la fosse lombaire gauche et la fosse iliaque gauche ne sont pas envahies par la tumeur. Le contact lombaire, à droite, est indiscutable. Le pôle inférieur de la masse est moussu et sa résistance est beaucoup plus faible que celle de la masse développée dans le secteur droit. Malgré ce développement prodigieux d'une tumeur géante, on ne note, comme signe de compression, qu'un léger œdème intermittent des jambes. Il n'y a pas de circulation collatérale .

BILAN BIOLOGIQUE -

Malgré la clinique, le diagramme biologique hépatique est strictement normal.

- La pente d'élimination de la B.S.P. est légèrement perturbée :

- . 21 mg après 10 minutes
- . 4 mg après 45 minutes
- . 2 mg après 75 minutes
- . 1 mg après 120 minutes

- La crase sanguine est normale .

EXAMENS RADIOLOGIQUES -

Ils ne font que confirmer les constatations faites au cours des examens précédents, à savoir :

- Refoulement du rein droit vers la gauche
- Refoulement du bloc duodéno-pancréatique .

N'étaient les constatations négatives au cours de l'intervention, ces signes ne semblent pas pouvoir s'interpréter autrement que secondaires au développement gigantesque d'une tumeur rétropéritonéale .

Un seul signe radiologique allait à l'encontre de ce diagnostic, à savoir le déplacement de la vésicule vers la gauche et vers le bas. Cette sinistrodéviaton inférieure du cholécyste ne pouvait aller qu'avec le diagnostic de tumeur intra hépatique . En effet, les luxations du foie fréquentes par tumeurs périnéphrétiques droites géantes déplacent la vésicule vers la gauche , mais vers le haut.

GAMMAGRAPHIE -

On propose alors à la malade la gammagraphie. L'épreuve du rose bengale marqué, très bien acceptée, a donné un renseignement diagnostique décisif : elle a montré :

- 1.- Une courbe de fixation hépatique mesurée dans l'hypocondre gauche avec maximum de hauteur normale, légèrement retardée .
- 2.- Hépato-cholecystogramme -

Lacune extensive occupant l'hypocondre droit, la région épigastrique, amputant une portion du foie droit et refoulant, vers la gauche, le reste de la glande hépatique. La délimitation est arciforme, à convexité gauche. Densité de l'image lacunaire intermédiaire, mais supérieure à celle que donnerait une amputation kystique. Le foie refoulé a une densité normale et présente un volume augmenté .

Le scintillogramme vésiculaire à une densité et une forme normales, mais refoulement considérable de la vésicule en bas et à gauche (3 cm au-dessous et 4 cm à gauche de l'ombilic).

CONCLUSION -

Tumeur hépatique fortement vascularisée développée aux dépens de la portion externe du lobe droit et abaissant la vésicule, extensive, refoulant vers la gauche le reste du foie.

LAPAROSCOPIE -

Pour confirmation endoscopique du diagnostic donné par la gammagraphie, une laparoscopie est pratiquée. Etant donné les dimensions gigantesques de la tumeur, la cavité péritonéale n'est accessible que sur un aire très restreinte, dans la fosse iliaque gauche. L'espace est insuffisant pour faire une laparophotographie et on se contente de l'examen endoscopique.

Une partie du foie d'aspect normal, un peu congestif, est refoulée dans l'hypocondre gauche et affleure la ligne ombilicale. Il s'agit de tous les éléments du foie gauche et d'une partie du lobe droit correspondant au lit vésiculaire; le ligament rond ne peut pas être découvert. La vésicule est normale et occupe une situation au-dessous et à gauche de l'ombilic, comme sur le scintillogramme. Transformation prodigieuse du lobe droit confiné au segment n° I de COUINAUD. Cette transformation comporte 2 plans lésionnels superposés :

- 1.- Une languette parenchymateuse constituée semble-t-il, par du tissu hépatique trop clair, comme ischémié, étalée sur la face d'une double masse tumorale et terminée en visière au-dessus et un peu en retrait de celle-ci.
- 2.- La masse tumorale est double ; elle est développée aux dépens de la face postéro-inférieure du foie et naturellement sa base d'implantation échappe complètement. On n'en voit que deux énormes bourrelets formant deux étages tumoraux très épais, parfaitement arrondis et lisses. Ces masses tumorales ont un aspect hypervascularisé " noix muscade ". Elles ressemblent à l'hypertrophie géante du lobe caudé, mais elles ne peuvent être développées qu'aux dépens du secteur externe du lobe droit. Ces masses sont intrapéritonéales, font corps avec le foie et sont parfaitement mobiles avec la respiration; elles ne soulèvent pas le petit épiploon.

Il y a une ligne de démarcation nette entre le foie tumoral et le foie refoulé. Celui-ci est sûrement atteint d'hypertrophie compensatrice .

Au cours de l'examen, malgré le principe de ne jamais faire de biopsie dans les masses hépatiques d'aspect angioma-teux, on se croit autorisé à la pratiquer dans ce cas à travers la capsule de parenchyme hépatique conservé qui doit servir de protection contre l'hémorragie .

PONCTION - BIOPSIE -

Elle ne donne qu'un fragment de petit calibre, mais sa valeur diagnostique est formelle .

On y distingue deux secteurs :

- Le premier a une apparence fibreuse, mais il ne s'agit pas d'espace porte car il n'y a que des vaisseaux de type artériolaire et pas de canaux biliaires. Grossièrement, on pourrait penser qu'il s'agit d'une fibrose simple, mais les éléments du tissu réticulaire hyperplasié ont une structure différente de celle des fibrocytes. Les noyaux sont plus volumineux, plus hyperplasiques, mais aucun d'entre eux ne présente de signes de malignité. Cette couche représente donc l'aspect d'un fibro-réticulome qu'on peut, sous toute réserve, qualifier de bénin .
- Le 2ème fragment de la biopsie ressemble grossièrement à un caillot de sang ; en réalité, au trichrome, cette petite masse sanglante a une architecture parfaitement dessinée. Les hématics sont parquées dans de petites logettes fibreuses, polygonales, le plus souvent quadrangulaires ; à la périphérie de ce système, on trouve une artériole très bien individualisée .

Ces constatations imposent le diagnostic d'Hémangio-réticulome qui, histologiquement, paraît bénin . Elles vont de pair avec le bon état général de la malade et l'évolution lente de la tumeur malgré son prodigieux développement .

Le diagnostic préopératoire d'Hémangiome amène à conseiller à la malade une hépatectomie réglée, malgré le volume considérable de la tumeur. En effet, sa délimitation parfaite à droite du lit vésiculaire semble indiquer qu'elle peut être extirpable. Le seul péril pourrait venir d'un déplacement des organes et des troubles de la dynamique respiratoire et circulatoire qui pourraient survenir brutalement en cours d'intervention .

La patiente refuse de se faire opérer à Paris et rentre dans son pays. Depuis, nous n'avons plus eu de ses nouvelles.

O B S E R V A T I O N N ° 3

Madame BIB... Andrée, 39 ans, est adressée au Docteur CAROLI, par le Docteur MOYSE, de la fondation Curie, pour une "hépatomégalie". Elle est hospitalisée à Saint-Antoine, le 4 novembre 1957 .

Elle avait été amenée à consulter ,en juillet 1957, a la fondation Curie pour une douleur de l'hypocondre droit. On avait pratiqué un certain nombre d'examens en particulier :

- Un levement baryté qui avait montré l'intégrité colique
- Une urographie qui n'avait pas mis en évidence de lésion rénale
- Une numération globulaire qui était normale .

Dans le service, l'interrogatoire de la malade n'avait pas révélé d'antécédents pathologiques dignes d'être notés ,sauf une ovariectomie en 1945 , pour kyste de l'ovaire ou salpingite - 2 grossesses normales.

A l'examen, on se trouve en présence d'une volumineuse tumeur occupant l'hypocondre droit et une partie de l'épigastre qui a comme caractères principaux :

- 1.- Sa latence fonctionnelle - Il s'agit, en effet, d'une découverte de hasard, non médicale, mais faite par la malade elle-même, sans aucune douleur associée, ni aucun trouble atteignant son état général .
- 2.- Son volume - dont l'importance est en opposition flagrante avec sa latence fonctionnelle absolue. Son volume clinique approximatif représente celui d'une tête de nouveau-né .
- 3.- Son siège - La masse soulève les plans pariétaux au niveau de l'hypocondre droit, sous les côtes et efface complètement la dépression sous-chondrale qui est parfaitement visible du côté gauche. Elle bombe à la fois dans l'épigastre et au-dessous du foie. Sa délimitation, dessinée au crayon dermatographique, donne

des dimensions de 10 cm dans son plus grand diamètre et 8 cm environ en hauteur. Sa surface est irrégulière, elle est ferme, mais elle n'a pas la dureté ligueuse des Cancers. A son niveau on ne perçoit ni thrill, ni souffle .

4.- Ses connexions et sa mobilité- Deux faits cliniques ont poussé à l'erreur de diagnostic, car ils semblaient en faveur d'une indépendance totale avec le foie .

a.- Dans l'hypocondre droit, on pouvait insinuer la main au-dessus du pôle supérieur de la tumeur avec l'impression de l'isoler du foie .

b.- En outre, en exerçant, sur la masse saillante, une pression latérale de la droite vers la gauche, on pouvait, à volonté déplacer la masse tumorale de l'hypocondre droit et de l'épigastre vers l'hypocondre gauche. Il y avait donc une apparence de mobilité complète dans le sens transversal. Dès qu'on cessait d'appliquer cette poussée, la tumeur reprenait, d'elle-même, sa position antérieure.

On pratique alors des examens complémentaires radiologiques et biologiques.

EXAMENS RADIOLOGIQUES COMPLEMENTAIRES -

1.- RADIOGRAPHIE de l'ESTOMAC après ingestion barytée -

L'estomac et le duodénum, jusqu'au genu superius, sont normaux. Par contre, le deuxième duodénum est refoulé en masse vers la gauche .

2.- RADIOGRAPHIE DU COLON après Lavement baryté -

La structure radiologique de chaque segment est normale. On note seulement, au niveau de la moitié droite du transverse, une dépression arciforme qui moule le pôle inférieur de la tumeur .

3.- CHOLECYSTOGRAPHIE -

On notait un abaissement, mais surtout un refoulement vers la droite du corps de la vésicule qui se moulait sur le pôle supéro-externe de la tumeur .

4.- ANGIOCHOLOGRAPHIE INTRA-VEINEUSE avec morphine -

45 minutes après l'injection sous-cutanée de 1 centigramme de morphine, on voyait que, non seulement la vésicule,

avaient été demandées, en même temps que les autres examens paracliniques. Les résultats de ces deux investigations ont permis la correction de l'erreur clinique, radiologique et biologique .

GAMMAGRAPHIE -

- 1.- RESULTAT FONCTIONNEL - Aucune anomalie fonctionnelle de l'hépatocyte ne peut être décelée par l'épreuve du rose bengale marqué, résultat se superposant exactement à la courbe d'épuration de la B.S.P.
- 2.- HEPATOGRAPHIE - Lobe droit entièrement normal . Il paraît seulement surélevé. Un renforcement à la partie inférieure et externe du scintillogramme répond au refoulement de la vésicule par la masse tumorale . Le lobe gauche est représenté par une plage de scintillation faible qui contraste relativement peu avec la scintillation du fond . Cette aire positive est reliée à la masse plus dense du lobe droit par un pont très étroit. Tout le bord inférieur du foie subit une dépression arciforme comme par une masse arrondie qui le comprimerait et dont le sommet répond , à peu près, à la jonction du foie droit et du foie gauche. La tumeur elle-même forme une vaste lacune radio-négative qui ne paraît contenir aucun hépatocyte fonctionnellement conservé .
- 3.- CONCLUSIONS - L'indépendance de la tumeur et du foie est moins certaine. Le lobe gauche est sûrement altéré. L'image répond bien à celle d'une tumeur née à son dépend s'insinuant sous le lobe droit qu'elle refoule vers le haut. Si elle paraît mobile transversalement, c'est que le pédicule qui fait pont entre le foie gauche et le foie droit peut jouer comme une sorte de charnière .

LAPAROSCOPIE ET LAPAROPHOTOGRAPHIE EN COULEUR -

Porte d'entrée iliaque gauche. On tombe immédiatement sur le lobe gauche du foie; le ligament rond est invisible, repoussé à l'extrême droite de l'abdomen; le lobe gauche est formé de deux zones :

- une zone mince superficielle, d'une teinte d'ensemble blanc-jaunâtre sur laquelle se voient des formations arrondies de la grosseur d'une tête d'épingle en verre ou d'une lentille de couleur rouge sombre. Ces formations sont en léger relief. Elles sont souples à la palpation. On ne parvient à dire avec certitude s'il s'agit d'angiomes ou de fins nodules de régénération .

- Une zone inférieure qui est en retrait de plusieurs centimètres sur le bord antérieur du lobe gauche. Cette zone est formée de parenchyme hyperplasique constitué en grosses masses nodulaires de teinte rouge sombre sur lesquelles se voient également des lentilles plus foncées. Cette zone est élastique à la palpation, elle est indissoluble de la face inférieure du lobe gauche.
Importante circulation collatérale épiploïque.
Photographies.

CONCLUSION -

Le diagnostic préopératoire d'Hémangiome caverneux est alors fait de façon certaine et la malade est opérée le 14 décembre 1957.

COMPTE-RENDU OPERATOIRE -

On repasse par l'ancienne incision de coeliotomie. La tumeur qui avait été libérée lors de l'intervention est facilement extériorisée hors de la plaie : elle est de la grosseur d'une tête d'enfant.

On place un lac d'attente autour du pédicule hépatique et on commence la dissection du ligament rond.

Ligature de 5 ou 6 pédicules au niveau de la corne gauche du recessus et 2 autres au niveau du pédicule postérieur du lobe gauche. Après ces ligatures, la totalité du lobe devient violet foncé et l'hémostase glissonienne semble totale.

Incision du parenchyme au bistouri, à la limite du changement de coloration. Hémorragie très minime provenant de veinules sus-hépatiques dont on fait l'hémostase.

La veine sus hépatique gauche est liée au niveau de l'extrémité postérieure de la scissure ombilicale.

On péritonise avec le ligament rond.

Spongel au niveau de l'extrémité postérieure de la tranche de section où persiste un léger suintement hémorragique.

Drain de Redon. Paroi.

EXAMEN HISTOLOGIQUE - Volumineux hémangiome caverneux.

Les suites opératoires sont extrêmement simples et la malade peut quitter le service guérie et en parfaite santé une dizaine de jours après.

CONCLUSIONS

des OBSERVATIONS PERSONNELLES

Dans les 3 cas d'hémangiome caverneux rapportés, nous relevons les traits dominants suivants :

- Il s'agit d'une tumeur abdominale isolée ou s'accompagnant
 - . de douleurs dont les localisations sont d'une grande variabilité
 - . d'un syndrome dyspeptique banal à type de nausées et vomissements,
 - . Rarement d'un retentissement sur l'Etat général (amaigrissement) .
- L'examen clinique permet de palper et de délimiter une masse tumorale qu'on ne peut localiser avec précision et dont la nature ne peut être appréciée .
- La radiologie ne fait que confirmer les constatations cliniques.
- La biologie n'est d'aucun secours, puisque normale de façon constante .
- Seules les méthodes de " Diagnostic anatomique in vivo " que constituent :
 - . La gammagraphie d'une part ,
 - . La Laparoscopie avec photographie en couleurs de l'autrepermettent avec une certitude absolue (3 fois sur 3) un diagnostic préopératoire, précisant la nature angiomateuse de la tumeur, sa localisation (2 fois à la face inférieure du lobe gauche, 1 fois à la face inférieure de la portion externe du lobe droit) et son extension, fournissant ainsi au chirurgien une série de renseignements précieux lui permettant d'envisager, avant l'intervention, les modalités opératoires.

II.- REVUE GENERALE

de la LITTERATURE

A.- CAS CERTAINS

- OBS. 1 - EISELBERG A.(Von) - 1893 - D.Clinique : tumeur rénale
Tumeur 470 gr,résection, guérison..
- 2.- HANKS, H.T. - 1892 - Laparotomie exploratrice .
- 3.- KEEN W.W.-1897 - F. 53 ans . Tumeur pédiculée près du ligament triangulaire (poing), exérèse,guérison .
- 4.- ROSENTHAL J.C. - 1897 - F. 41 ans, 5 grossesses, tumeur épigastrique, dg clinique : kyste du mésentère.Tumeur pédiculée du lobe de Spiegel (tête d'adulte).Résection, guérison .
- 5.- PFANNENSTIEL - 1898 - F. 37 ans, 6 grossesses. Tumeur à la face inférieure des lobes gauches, carré et de Spiegel (courage); exérèse, guérison maintenue après 4 ans .
- 6.- FILIPPINI G., 1901 - F. 32 ans, nullipare, tumeur constatée depuis 1 an et demi. Tumeur pédiculée du lobe gauche (tête d'adulte); resection tamponnement, guérison maintenue après 1 an .
- 7.- LANCER P.- 1901 - F. Nullipare, tumeur pédiculée du lobe droit , (volume " notable ")- Exérèse, guérison .
- 8.- Mac NAUGHTON (Jones) -1901 - F. 27 ans, 3 grossesses, douleurs abdominales, tumeur hypocondre droit, dg clinique : rein mobile. Tumeur pédiculée du lobe droit (8,25 x 7,6 cm) résection, mort en 18 h. (choo opératoire).
- 9.- Von BECK - 1901 - F. 45 ans - tumeur épigastrique gênante depuis 3 ans avec souffle vasculaire. Dg clinique : cavernome hépatique. Tumeur du lobe droit (poing).Rupture pendant l'intervention , guérison .
- 10.- BECK G.- 1902 - H. 20 ans, tumeur du lobe gauche (tête d'adulte).Résection -Guérison .

- 11.- DAHLGREEN K.- 1902 - Tumeur pédiculée du lobe gauche (oeuf d'oie). Résection, guérison .
- 12.- LJUNGREEN ,G.A.- 1902 - F. 31 ans, 5 grossesses. Tumeur pédiculée du lobe droit (poing) Résection, guérison .
- 13.- MANTLE A.- 1903 - F. douleurs abdominales hypocondre droit
Dg clinique : tumeur abdominale. Laparotomie exploratrice.
Tumeur du lobe droit (3,121 gr). Rupture pendant l'intervention (ponction) Mort.
- 14.- SMALEY - 1903 - F. 37 ans. Tumeur pédiculée du lobe gauche (deux poings). Résection guérison .
- 15.- VAN GENDERSCHECH- 1908 - F. 40 ans - Dg clinique : cavernome hépatique . Tumeur du lobe droit (tête d'enfant). Résection guérison.
- 16.- CHIARI (FREUND) -1909 - F. Grosse tumeur abdominale. Dg clinique : kyste de l'ovaire. Laparotomie exploratrice : tumeur du lobe gauche, droit et carré (volume "notable") rupture pendant l'intervention .Mort.
- 17.- ROGGENBAU - 1910 - F. 45 ans, tumeur abdominale. Dg clinique : kyste de l'ovaire. Laparotomie exploratrice. Tumeur du lobe droit et carré. Rupture pendant l'intervention (mort par hémorragie).
- 18.- VON KONIG -1911 - F. 32 ans, -Tumeur (pomme). Résection, guérison .
- 19.- DULBET P. -1912 - F. 59 ans, troubles digestifs, tumeur épigastrique passant en 6 mois du volume d'une noix à celui d'une orange. Dg clinique : cancer de l'estomac . Tumeur pédiculée des lobes droit et gauche . Résection, guérison.
- 20.- COLLEONI L. Z. (GASPARINI) 1913 - F. 43 ans, 13 grossesses tumeur épigastrique. Dg clinique : kyste du foie . Tumeur pédiculée du lobe gauche (tête d'enfant , 370 gr) Résection du lobe gauche, guérison .
- 21.- ISRAEL J.- 1911, 1912, 1913 - F. 39 ans. Tumeur épigastrique avec souffle vasculaire. Dg clinique : cavernome du foie. Tumeur pédiculée du lobe gauche et 2 ou 3 tumeurs de la grosseur d'une cerise dans le lobe droit. Exérèse de la grosse tumeur, guérison .
- 22.- FREISCHMANN C.- 1916 - F. 40 ans. Tumeur pédiculée (tête d'adulte). Exérèse, guérison .

- 23.- RICHTER J.- 1917 - F. 39 ans. 3 grossesses, troubles de compression du tractus digestif; tumeur épigastrique. Dg clinique : tumeur hépatique (?). Tumeur pédiculée du lobe gauche (tête d'enfant). Résection, guérison .
- 24.- DEEVER (cité par GASPARIAN) -1918 - H. 19 ans. Tumeur ablation partielle. Mort.
- 25.- NOETZEL X.- 1919.- H. 38 ans, fièvre. Dg clinique : abcès du foie. Tumeur sessile du lobe gauche (tête d'adulte). Guérison.
- 26.- ALIVISATOS A.S. - 1920 - F. 52 ans, malaises abdominaux, petite tumeur épigastrique. Dg clinique : cancer de l'estomac. Tumeur du lobe gauche (grosse noix) adhérente à la petite courbure de l'estomac. Exérèse partielle. Guérison .
- 27.- PECK C.H.- 1921 - F. 34 ans, douleurs abdominales, tumeur épigastrique. Dg clinique : kyste du pancréas. Tumeur pédiculée du lobe gauche (1.737 g.) Résection, guérison.
- 28.- PODIHA J.-1923-1922 F. 40 ans, douleurs abdominales, tumeur hypocondre gauche -Dg clinique : rein mobile. Tumeur pédiculée du lobe carré (deux poings). Exérèse, guérison .
- 29.- TURNER C.C.- 1923 - Anémie aigüe (hémorragie interne) laparotomie exploratrice. Tumeur. Mort.
- 30.- GASPARIAN (FEDOROV) -1928 - F. 44 ans, douleurs abdominales tumeur de l'hypocondre droit, Dg cliniques : hydrocholécyste, rein flottant, tumeur mésentérique . Tumeur pédiculée du lobe droit (320 g) . Résection, guérison .
- 31.- NOSSEN A. (TIETZE) 1924 - F. 8 grossesses, douleurs abdominales tumeur épigastrique. Dg clinique : tumeur hépatique. Tumeur pédiculée du lobe gauche (deux poings). Résection, guérison. Mort par cancer de l'intestin deux ans plus tard.
- 32.- WAKELEY C.P.G.- 1924 - F. 62 ans, dysphagie évoluant en augmentant progressivement depuis cinq ans. Dg clinique : cancer du cardia confirmé radiologiquement. Tumeur du lobe gauche (orange). Exérèse. Guérison .
- 33.- WOLFENSOHN -1925 - F. 44 ans, douleur abdominale. Dg clinique : rein mobile, hydrocholécyste, tumeur du mésentère, Tumeur pédiculée du lobe droit (deux poings 320 gr) Exérèse guérison.

- 34.- BROWN - 1927 - F. 76 ans, diabétique. Tumeur épigastrique. Dg clinique : fibrome utérin . Tumeur pédiculée (453 g) Exérèse. Guérison maintenue 18 mois après l'intervention .
- 35.- KRAUSE W. - 1927 - F. 44 ans, nullipare, douleurs gastriques. Dg clinique : cancer de l'estomac . Tumeur pédiculée du lobe accessoire (poing). Exérèse, guérison .
- 36.- MARKOV.- 1927 -1928 - F. 40 ans - nullipare, grosse tumeur abdominale . Dg clinique : kyste de l'ovaire . Tumeur (tête d'adulte) . Résection, guérison. Nombreux angiomes cutanés associés.
- 37.- CLAR F.(SCHLOFFER) -1928 - F. 21 ans, nullipare, grosse tumeur de l'hypocondre droit. Dg clinique : kyste du foie. Tumeur du lobe gauche (tête d'enfant 1200 gr) Guérison .
- 38.- ASCOLI M.F. - 1929 - F. 60 ans, 11 grossesses, douleurs abdominales violentes, tumeur de l'hypocondre droit. Dg clinique : kyste du foie. Grosse tumeur pédiculée associée à deux autres foyers plus petits dans le lobe droit (oeuf de poule). Exérèse. Guérison.
- 39.- BELZ A.- 1930 - F. 53 ans, douleurs abdominales, tumeur épigastrique. Tumeur pédiculée du lobe gauche (deux poings). Résection guérison .
- 40.- BALINSKI - 1930 - F. 42 ans, grosse tumeur épigastrique. Dg clinique : kyste du foie. Tumeur pédiculée du lobe carré (18 x 17 cm) Exérèse. Guérison .
- 41.- d'ACATA - 1930 - F. 31 ans, troubles digestifs, grosse tumeur épigastrique. Dg clinique : tumeur du ligament gastro-colique. Tumeur pédiculée du lobe gauche (415 gr) Résection, guérison.
- 42.- SIEBNER -1930 - F. 57 ans, inappétence, tumeur de l'hypocondre gauche. Dg clinique : tumeur du foie. Tumeur du lobe gauche (poing -70 gr). Résection du lobe gauche, guérison. Coexistence de nombreux naevi cutanés notée mais sans que cela ait fait soupçonner à l'auteur la nature angiomateuse de la tumeur hépatique.
- 43.- KARP. M.- 1931 - F. 29 ans, symptômes d'anémie aiguë (hémorragie intra-abdominale) Dg clinique : hémorragie gastrique, rupture de grossesse tubaire. Laparotomie exploratrice . Tumeur du lobe gauche (petite) rompue avant intervention, tamponnement, mort 10 jours après intervention. Hémangiome de l'ovaire associé.
- 44.- NENILLIN F.- 1931 - F. 64 ans, 9 grossesses, tumeur abdominale. Dg clinique : Tumeur du foie. Tumeur des lobes droit et gauche (tête d'adulte : 22 x 17 cm) Résection, guérison .

- 45.- POZZI G.- 1932 - F. 40 ans - 9 grossesses grosse tumeur épigastrique. Dg clinique : tumeur rétro-péritonéale. Laparotomie exploratrice. Tumeur du lobe gauche (2 kg). Rupture spontanée pendant l'intervention. Mort.
- 46.- REPIN S.I. - 1933 - F. 40 ans, tumeur abdominale. Tumeur du lobe droit (10,5 x 6,5 cm). Résection, guérison .
- 47.- BRONSTEIN B.L. - 1934 - F. 42 ans , douleurs violentes dans l'hypocondre droit. Dg clinique : Cholecystite aiguë . Tumeur pédiculée du lobe droit (pomme) . Exérèse. guérison .
- 48.- CASCINO R. - 1934 - F. 39 ans, 3 grossesses, tumeur de l'hypocondre droit. Dg clinique : fibrome utérin. Tumeur du lobe droit (dimensions d'un gros rein) . Résection, guérison .
- 49.- SCHULTE J. - 1934 - F. 38 ans - Tumeur pédiculée du lobe gauche (tête d'adulte) . Exérèse , guérison .
- 50.- OLMER J. et PAILLAS J.- 1934 -1935 -F. 40 ans, Deux tumeurs du lobe droit (l'une grosse comme une tête d'adulte, l'autre comme les deux poings); Exérèse de la petite tumeur, mort dans la journée .
- 51.- FOTHERINGHAM W. - 1935 - F. 45 ans, douleurs abdominales. Dg. clinique : tumeur hépatique. Tumeur encapsulée du lobe droit (oeuf de poule) . Enucléation, guérison .
- 52.- GENKIN I.I. - 1935 - Tumeur encapsulée. Enucléation. Guérison.
- 53.- JARUFE J.M. & COMPANY - 1935 - F. 68 ans, coliques hépatiques et ictere. Dg clinique : calcul du cholédoque (3 interventions sur les voies biliaires) Tumeur du lobe droit (deux poings) comprimant le cholédoque. Mort.
- 54.- STUCINSKY B.G. -1935 - Tumeur (volume notable) évoluant depuis 2 ans . Exérèse. guérison .
- 55.- JACBOVICI I. et STOIA I. -1936 - F. 47 ans, 1 seule grossesse, douleur dans l'hypocondre droit, inappétence, vomissements, arrêt des règles, tumeur abdominale, évolution en 3 ans. Dgs cliniques : variés entre autres : grossesse. Mort après l'intervention (pas de détails sur cette intervention) A l'autopsie : tumeur du lobe droit énorme (30 X 25 X 12cm)
- 56.- TINKER M.B. - F. 65 ans, douleurs abdominales violentes. Dg. Clinique : appendicite. Tumeur pédiculée du lobe gauche. Rupture spontanée avant intervention. Résection. guérison .

- 57.- EPIPHANOV N.S. - 1936 - F. 43 ans . Dig.clinique :echinoco-
coose hépatique .Tumeur du lobe droit (tête d'enfant).
Résection, guérison .
- 58.- SCHELEFF N.-1937 - F. 40 ans, 4 grossesses , enceinte de 4 mois,
douleurs abdominales, tumeur épigastrique. Dg clinique: kyste
du foie. Tumeur (poing 12 x 11 cm) Exérèse, guérison, évolution
normale de la grossesse .
- 59.- MARCKTADT E.K.O.-1938-27 ans, douleurs abdominales violentes.
Dg.clinique : Appendicite aigüe . Laparotomie exploratrice .
Tumeur du lobe droit (petite pomme).Rupture spontanée avant
intervention. Tamponnement, mort le lendemain de l'intervention.
- 60.- ANZIMOV A.F.- 1939 - F.58 ans, douleurs abdominales,tumeur
épigastrique. Dg clinique : kyste du foie.Tumeur du lobe
gauche (12 x 12 cm).Résection, guérison .
- 61.- DAHLE M. -1939 - F. 44 ans . Symptômes d'hémorragie aigüe
abdominale. Laparotomie exploratrice. Tumeur. Rupture spontanée
avant l'intervention. Tamponnement (gaze au xéroforme)Dispa-
rition des symptômes 3 semaines après l'intervention .
- 62.- RAZMON P. et DECOULX P. -1938 - H.40 ans, douleurs abdominales
vagues. Dg clinique : cholécystite. Tumeur du lobe gauche
(prune)Deux interventions à quelques jours d'intervalle. .
Exérèse de la tumeur et cholécystectomie. Guérison .
- 63.- COHRANDT - 1939 - H. jeune, grosse tumeur abdominale.Laparo-
tomie exploratrice .Tumeur du lobe droit (tête d'adulte).
Injection de varicoïde ,diminution de la tumeur .
- 64.- DITZ N.K.- 1939 - F. 48 ans, tumeur épigastrique.Laparotomie
exploratrice .Tumeur (14 x 14 cm). Roentgenthérapie (technique
de Cushing) Diminution de la tumeur .
- 65.- SIMON E.- 1939 - F. 60 ans, douleurs épigastriques, tumeur de
l'hypocondre droit. Dg clinique : kyste de l'ovaire; kyste
du mésentère, kyste du pancréas. Tumeur du lobe droit (2 poings
14 x 14 cm).Résection ,tamponnement, guérison .
- 66.- d'AGOSTINO - 1940 - F. 39 ans. 1 seule grossesse, légers trou-
bles digestifs. Dg clinique : appendicite. Tumeur sessile du
lobe gauche (7 x 5 cm).Résection, guérison .
- 67.- MILONE .- 1940 - F. 59 ans, 1 seule grossesse, grosse tumeur
abdominale. Dg clinique : tumeur du foie. Tumeur du lobe gau-
che (750 gr).Résection, guérison .
- 68.- MORRIS J.H. - 1940 - F. 38 ans, tumeur épigastrique.Dg clinique:
tumeur du pancréas.Tumeur pédiculée du lobe gauche.Résection.
guérison.Association à un angiome plan de la taille d'un demi-
dollar dans le lobe droit.

- 69.- SIEBNER M/- 1940 - F. 67 ans, troubles digestifs, tumeur épigastrique. Tumeur du lobe gauche (ocuf d'oie). Résection, guérison.
- 70.- SHUMAKER H.B. Jr - 1942 - F. de couleur, 40 ans, douleurs épigastriques depuis 15 ans, tumeur xyphoïdienne avec sensation de tremblement, de frémissement " comme si elle sentait son coeur battre dans la région épigastrique ". Dg envisagé : ulcère duodénal et, en raison de la présence de la tumeur, tumeur gastrique avec métastases hépatiques. Tumeur occupant tout le lobe gauche. Résection hépatique partielle. Guérison .
- 71.- MORTON H.B. - 1942 - F. 60 ans, depuis 2 ans environ, Masse épigastrique avec sensation de gêne. Masse volumineuse s'étendant à 5 travers de doigt au-dessous de la xyphoïde et occupant presque tout l'abdomen, mobile avec la respiration, modérément tendue, expansion pulsatile et souffle. Dg. préopératoire : kyste du pancréas ou pseudo-kyste. Extirpation de la tumeur. Guérison.
- 72.- NINARD B.- Cas I (RELLAY) -1944 - Malade âgé de 54 ans, mère de 4 enfants, à l'âge de 22 ans, elle a présenté une masse douloureuse au niveau de l'hypocondre droit. Dg : cholécystite. Traitement médical et guérison. Dix ans après , elle constate une nouvelle tuméfaction abdominale ne provoquant aucune gêne, mais qui augmente progressivement de volume. A l'examen, tumeur sous-ombilicale; de consistance ferme mais souple . On envisage les divers diagnostics qui peuvent se poser sans en retenir aucun ; toutefois, on inclineraît de préférence vers le kyste de l'ovaire. Une laparotomie est décidée. A l'intervention on découvre une tumeur de la taille d'une tête d'enfant, appendue à la face inférieure du lobe droit par un large pédicule. On l'extirpe par résection cunéiforme du pédicule en parenchyme sain. Cavernome de 700 grs. Guérison. Il est à noter que le malade présentait une large tache lie de vin au niveau de la joue gauche et du cou .
- 73.- PICKRELL K.L. & CLAY R.C. - 1944 - H. 60 ans. Depuis 1 an, sensation de pesanteur et éructations, masse de l'hypocondre gauche qui augmente progressivement de volume, ferme, légèrement tendue et mobile avec la respiration, semblant appartenir au lobe gauche du foie; la masse est pulsatile mais pas d'expansion. Pas de diagnostic préopératoire. Laparotomie exploratrice : hémangiome géant du lobe gauche. Lobectomie gauche. Guérison.
- 74.- d'ERRICO G. -(TORRACA) -1945 -F. 46 ans, douleurs de l'hypocondre droit .Dg clinique : cholécystite calculuse. Tumeur du lobe droit, (mandarine) comprimant le cholédoque . Résection. Mort.

- 75.- d'ERRICO G. (BALICE) - 1945 - F. 63 ans, 11 grossesses, grosse tumeur abdominale. Dg clinique : tumeur du foie. Tumeur pédiculée du lobe gauche (950 gr) Résection, guérison .
- 76.- GUELTON (Cas 2) -1946 - F. 50 ans, 2 grossesses, douleurs, troubles digestifs, tuméfaction de l'hypocondre droit. Dg clinique : cholécystite, tumeur du lobe droit (tête de fœtus). Biopsie - radiothérapie -guérison .
- 77.- ALSEN (cas I) -1948 - F. 63 ans, dg, clinique : cholécystite. Tumeur pédiculée du lobe droit (11 x 13 cm) 400 gr. Exérèse. guérison .
- 78.- RIDDLER J.C. et MADDING G.F.- 1949 - F. 60 ans. Hystérectomisée. Depuis 6 mois, sensation de plénitude abdominale plus notable en position assise ou penchée en avant, éructations, hépatomégalie. Masse abdominale droite qui semble occuper toute la face inférieure du lobe droit et s'étendant, vers la gauche, jusqu'à la ligne axillaire antérieure droite et, en bas, jusqu'à la crête iliaque, de consistance ferme. Dg préopératoire : tumeur du foie. Laparotomie exploratrice : la tumeur trop large et trop importante n'est pas extirpée. Radiothérapie. Réduction de la tumeur de 50 % 8 mois après .
- 79.- SENEQUE et AUROUSSEAU - 1950 - F. 38 ans, douleurs dans l'hypocondre gauche. Dg clinique : tumeur abdominale. Tumeur du lobe gauche (pomme de terre). Résection hépatique partielle. Guérison .
- 80.- CALDWELL K.P.S. - 1950 - H. 61 ans. Longue histoire dyspeptique. Depuis 2 jours, douleur aiguë de l'épigastre, irradiant à l'épaule gauche. Vomissements depuis 36 heures. Défense musculaire au niveau de l'épigastre et de l'hypocondre droit. Dg préopératoire d'urgence : ulcus duodénal perforé. Intervention: hémangiome de la face diaphragmatique du lobe gauche . On renonce à la chirurgie radicale devant l'adhérence du lobe gauche à la peau .
- 81.- SWEED A. & WEINBERG T.- 1950 - H. 2 mois - Apparition, après la naissance d'angiomes cutanés ayant augmenté de taille. A . 4 semaines, diarrhée et ténésme, pâleur, gros ventre, thrill et souffle systolique entendu sur toute l'aire précordiale. Nouveaux angiomes cutanés 6 jours après son hospitalisation. Au 10ème jour de son hospitalisation, laparotomie exploratrice avec biopsie hépatique et cutanée . Décès 1 heure après l'opération, en cyanose . Autopsie : parenchyme hépatique recouvert de nodules angiomateux .

- 82.- NINARD (cas 2) & de LA ROCHEMACE - 1951 - F. 39 ans, 6 grossesses. Depuis 9 ans, gêne de la région épigastrique avec périodes de crises douloureuses. Lors de la dernière crise, augmentation de volume de la tumeur : masse douloureuse volumineuse de la région ombilicale semblant faire corps avec le foie, mobile. La tumeur est animée d'un frémissement cataire; elle est pulsatile et réductible; à l'auscultation, souffle systolique. Naevi cutanés sur toute la surface du corps. Dg. préopératoire : hémangio-endothéliome du foie pédiculé. Opacification du système réticulo-endothélial par le thorotrast confirme le diagnostic clinique. La malade refuse de se faire opérer. Quelques jours après, rupture : violente douleur au niveau de la tumeur à la suite d'efforts de défécation et anémie aiguë. Intervention d'urgence ; tumeur du volume d'une tête d'enfant ; hémangiome. Exérèse. Guérison.
- 83.- KRUPPA F. - 1951 - F. 15 ans - Brutalement et sans antécédents, collapsus, douleur de la fosse iliaque droite. Diagnostic préopératoire : rupture de grossesse tubaire ayant entraîné une hémorragie intra-abdominale. Laparotomie exploratrice. Angiome caverneux de la face inférieure du foie, très en arrière : inextirpable. Epiplooplastie. Guérison. Pas d'histologie.
- 84.- ALTMAN W.A. - 1951 - F. 33 ans - Masse de l'hypocondre gauche depuis 15 ans, ferme, irrégulière, non tendue, mobile avec la respiration. Laparotomie exploratrice 4 ans avant et biopsie de la tumeur, hémangiome. Radiothérapie pendant 2 mois : non couronnée de succès. Réintervention : Lobectomie gauche - Guérison. Histologie : hémangiome caverneux.
- 85.- FOX P.F. et CELLA L.E. - 1951 - f. 10 mois - aucun antécédent. Découverte fortuite d'une masse tumorale abdominale s'étendant jusqu'à la crête iliaque droite et du flanc droit jusqu'à l'ombilic, ferme, de contour quelque peu irrégulier et ne semblant pas mobile avec la respiration ; sans manifestations cliniques. Diagnostic préopératoire : tumeur hépatique, ou kyste pancréatique ou tumeur rétro-péritonéale. Résection après ligature des vaisseaux. Guérison. Histologie : hémangio-endothéliome.
- 86.- BRUNSWIG A. et SMITH R. - 1952 - F. 53 ans. Résection d'un fibromyome 10 ans auparavant. Depuis 3 ans, douleurs épigastriques, nausées et vomissements, masse abdominale qui augmente de volume occupant le quadrant supérieur droit de l'abdomen, ferme et non tendue. Résection - guérison. Histologie : Hémangiome caverneux et légèrement capillaire.

- 87.- DOMENICI A.- 1952 - F. 42 ans - 2 grossesses normales. Douleurs épigastriques et de l'hypocondre droit. Pesanteurs, nausées, vomissements et tuméfaction abdominale s'accroissant lentement qui est prise, à l'examen, pour une hépatomégalie. Diagnostic préopératoire : kyste hydatique du lobe gauche du foie. Intervention montre un kyste hydatique de la face inférieure du lobe gauche du foie et énorme angiome caverneux. Exérèse de l'angiome et marsupialisation du kyste. Décès par collapsus cardio-vasculaire.
- 88.- STIPA F. et d'ENOFRETTA G.- 1952 - F. 48 ans - 4 grossesses normales. Depuis 4 mois, pesanteurs épigastriques irradiant à droite, quelquefois accompagnées de vomissements et tuméfaction ovoïde de la région épigastrique de consistance dure, élastique, mobile avec la respiration. Diagnostic préopératoire : kyste hydatique du foie. Lobectomie gauche. Guérison.
- 89.- WILSON A. et TYSON W.T. - 1952 - Cas I - F. 53 ans - 2 ans auparavant, ictère ; fièvre, prurit, selles hypercolorées ; sensation de gêne épigastrique. Foie augmenté de volume, en particulier le lobe gauche. Hépatite infectieuse diagnostiquée et traitement médical sans effet. Après un an, intervention exploratrice montre un hémangiome caverneux diffus, massif, inextirpable. Radiothérapie - Diminution du volume de la masse et de l'intensité de l'ictère.
- 90.- WILSON A. et TYSON W.T. - 1952 - Cas II - F. 34 ans - Depuis 7 ans, pesanteurs épigastriques post-prandiales et masse mobile. La malade refuse de se faire opérer. Laparotomie 2 ans avant : découverte d'un hémangiome volumineux. Revient pour douleurs de la base du thorax et du creux épigastrique et masse abdominale ferme, mobile, irrégulière. Lobectomie gauche. Guérison.
- 91.- WILSON A. et TYSON W.T. - 1952 - Cas III - F. 44 ans, 14 ans auparavant appendicectomie et utérus pexie. Depuis plusieurs mois, gêne épigastrique et quelquefois douleurs en hémicinture droite. Diagnostic préopératoire : Cholécystite chronique, ou hernie diaphragmatique, ou encore ulcère peptique. Résection - guérison.
- 92.- BRANCADORO G.B.- 1953 - F. 40 ans - Depuis 4 mois anorexie, asthénie et malaise général, douleurs diffuses de l'abdomen plus intenses au niveau de l'épigastre et de l'hypocondre droit, nausées et vomissements. A l'examen, tuméfaction de l'hypocondre droit, élastique, mobile latéralement et avec les mouvements respiratoires. Diagnostic préopératoire : cancer du foie. Hépatectomie partielle - Guérison - Histologie : hémangiome bénin.

- 93.- LEVICK C.B. et RUBIE J.-1953 - F. 20 jours, hospitalisée d'urgence pour dyspnée et cyanose : la mère rapporte que l'enfant a toujours eu une respiration difficile. Thorax gauche élargi et apex cardiaque déplacé à gauche. Souffle systolique entendu sur toute l'aire précordiale avec murmure diastolique doux des deux côtés de la xyphoïde. Congestion des bases pulmonaires. Hépatomégalie, mais ni thrill ni souffle à ce niveau. Décès 8 jours après l'hospitalisation.
Autopsie : nombreux nodules dispersés sur les 2 lobes du foie.
Histologie : sinusoides dilatés bordés par un endothélium.
- 94.- DUBOST C.-1953 - F. 52 ans - Hospitalisée d'urgence pour douleur abdominale nocturne suivie de 4 à 5 selles. Le lendemain, vomissements alimentaires puis bilieux. Etat nauséux. Le surlendemain, collapsus. Diagnostic préopératoire : appendicite aiguë. Intervention en 2 temps : tamponnement et méchage d'un cratère saignant. Puis, hépatotomie partielle en quartier d'orange.
Histologie : Hémangiome oaveurieux.
- 95.- SALOMONE P.- 1953 - F. 25 mois. Accouchement normal ainsi que période néo-natale. A l'occasion d'un épisode fébrile, le médecin découvre une grosse masse du quadrant inférieur droit de l'abdomen, de consistance dure, élastique, mobile, indolente.
Diagnostic préopératoire : kyste mésentérique. Laparotomie montre un hémangiome inextirpable. Radiothérapie. Après 4 mois de traitement la masse n'est plus palpable.
- 96.- MANINACCIO O.- 1953 - F. 43 ans - 5 enfants - Depuis 2 ans pesanteurs épigastriques post-prandiales, digestions laborieuses, bouche amère. Depuis 3 mois, aggravation progressive; douleurs de l'épigastro irradiant en ceinture, surtout après la station debout prolongée, et masse abdominale qui, en position debout, donne à la malade une sensation de tension et de pesanteur et qui a augmenté de volume. Diagnostic préopératoire : tumeur bénigne du lobe gauche. Possibilité de cancer primitif du foie ou d'échinococcose multiloculaire. Lobectomie gauche - guérison - Histologie : Hémangiome.
- 97.- DUBRULLE M. - 1953 - F. 24 ans. Depuis 10 ans, douleurs abdominales et dorsales qui avaient nécessité, à l'âge de 14 ans, une appendicectomie suivie d'entérite aiguë et d'ictère. Depuis quelques mois, violentes douleurs épigastriques et dorsales, nausées et vomissements; masse tumorale de la région épigastrique du volume d'une tête fœtale, mobile, dont les rapports avec le foie ne peuvent être mis en évidence. Pas de diagnostic préopératoire. Laparotomie : tumeur dont le sommet se trouve au niveau du ligament rond.
Exérèse - guérison. Histologie : angio-fibrome.

- 98.- TASKIRAN N. et KAN M.- 1954 - F. 55 ans - Tumeur évoluant depuis 8 ans sans douleurs et sans troubles. Depuis 1 mois, troubles dyspeptiques et pesanteurs post-prandiales épigastriques et tumeur de la taille d'un oeuf d'oie, mobile, légèrement sensible, compressible, se prolongeant vers le foie. Pas de diagnostic préopératoire. Hépatectomie réglée type Couinaud. Histologie : Hémangiome.
- 99.- ISAEV I.K. - 1954 - F. 57 ans - Depuis 1 an, douleur sourde, mais permanente et pesanteur épigastrique s'accroissant progressivement avec une voussure de la moitié de l'épigastre, à la palpation, tumeur ferme, mobile. Diagnostic préopératoire splénomégalie. Lobectomie gauche. Guérison. Histologie : Hémangiome caverneux.
- 100.- GALLART ESQUERDO A. & MAROTO J.- 1954 - F. 52 ans - Depuis 15 jours, coliques abdominales à la suite de la prise d'un laxatif. Tumeur épigastrique et de l'hypocondre droit, ferme, peu douloureuse, irrégulière, mobile avec les mouvements respiratoires, faisant partie du foie, de la taille d'une orange. Diagnostic préopératoire : tumeur hépatique de nature probablement bénigne. Excision - guérison. Histologie : angiome caverneux typique.
- 101.- MARTIN W.L. & BOWER R.- 1954 - F. 45 ans - Depuis 36 heures, douleur de l'hypocondre droit, sans irradiation, masse tendue, mobile, palpable occupant tout l'hypocondre droit. Diagnostic préopératoire : Cholécystite aiguë. Résection de la tumeur - Drainage - Guérison.
- 102.- WINTERS R.W., ROBINSON S.J. & BATES C.- 1954 - F. 6 semaines A 1 mois, apparition d'un souffle systolique dans l'aire précordiale. A 6 semaines, accès subit de dyspnée et cyanose avec augmentation de la matité cardiaque vers la gauche, bruit de galop et souffle systolique. Angiomes cutanés et gros foie dur et lisse. Décès.
- Autopsie : dilatation des oreillettes et hypertrophie des ventricules du coeur. Hépatomégalie avec nodules disséminés sur les 2 lobes. Histologie : hypertrophie myocardique simple et angiomes du foie formés de lacunes bordées par un endothélium.
- 103.- CAUSSADE L., NEIMANN & TRIPON P.- 1954 - F. 10 jours. Agitation, refus de boire et vomissements répétés. Hépatomégalie impressionnante : bord inférieur du foie dans la fosse iliaque droite, uniformément dure. Association d'angiomes tubéreux qui n'existaient pas à la naissance. Décès 24 heures après l'hospitalisation. Autopsie : hémopéritoine et foie volumineux, siège de multiples hémangiomes.

- 104.- PRYLES C.V. & HEGGERSTAD G.E.-1954 - F. 18 mois. Pôleur et tumeur de l'hypocondre et du flanc gauches .
Diagnostic préopératoire : tumeur abdominale. Lobectomie gauche. Guérison. Histologie : Hémangio-endothéliome bénin .
- 105.- ZUKHOV P.R. -1955 - F. 52 ans. Asthénie, douleurs et pesanteurs épigastriques non rythmées par les repas. Tumeur que le malade palpeit elle-même depuis 2 ans, augmentant lentement de volume, de la taille d'une tête de nouveau-né, de consistance inégale, assez ferme . Diagnostic préopératoire : tumeur du foie. Extirpation - guérison . Histologie : angiome cavernoux .
- 106.- POLIKARPOVA M.D.- 1955 - F. 49 ans . Quelques mois auparavant, au cours d'un examen médical systématique, découverte d'une tumeur de l'hypocondre droit asymptomatique et sans retentissement sur l'état général. Depuis, douleurs sous-costales droites exagérées par la marche et les mouvements, anorexie . Tumeur de la taille d'une tête d'enfant, de consistance élastique et modérément mobile . Diagnostic préopératoire : échinococcose hépatique . Excision de la tumeur en quartier d'orange . Guérison . Histologie: angiome cavernoux .
- 107.- BERMAN J.K. , KIRKHOFF P. & LEVENE N:- 1955 - Nouveau-né . 6 heures après sa naissance, devient pâle et cyanotique, hémorragies pétéchiales et tumeur abdominale occupant le creux épigastrique, légèrement mobile . Hypothèses diagnostiques : kyste du foie avec hémorragie intrakystique, hydronéphrose, splénomégalie avec rupture incomplète, maladie polykystique de la rate . Exérèse du lobe gauche et d'une partie du lobe droit. Guérison. Histologie Hémangiome bénin .
- 108.- CICARROA -GONZALEZ L. & MALAKOFF L.M.E.-1955 - F. 44 ans . Sensation de plénitude gastrique et, quelquefois, douleur à la pression. Tumeur de l'abdomen palpable depuis des années, occupant l'hypocondre droit et s'étendant jusqu'au pelvis, légèrement tendue et de forme irrégulière, non mobile avec les mouvements respiratoires. Diagnostic préopératoire : tumeur pédiculée . Lobectomie partielle - Guérison . Histologie : hémangiome cavernoux bénin .
- 109.- HEITZ J.- 1956 - F. 66 ans. Depuis 1 an environ, amaigrissement progressif et asthénie ; douleurs épigastriques continuelles , ainsi qu'au niveau de l'hémi-thorax droit; volumineuse masse sous-costale droite, arrondie, régulière, peu douloureuse. Pas de diagnostic préopératoire . Hépatectomie droite réglée. Guérison .

- 110.- KINAWI M.N.- 1956 - F. 28 ans. Depuis 6 mois, masse douloureuse de l'épigastre dont la taille a augmenté depuis 2 mois. Diagnostic préopératoire : cancer secondaire à un cancer primitif insoupçonné . Lobectomie gauche . Guérison .
- 111.- ROSSI N.- 1956 - H. 63 ans. Depuis quelques mois, troubles dyspeptiques banaux et tuméfaction de l'hypocondre droit du volume d'une tête de fœtus, arrondi, à surface lisse, de consistance ferme, élastique, indolore, continuant le lobe gauche du foie, mobile avec les mouvements respiratoires et luxable de l'hypocondre droit vers l'hypocondre gauche. Diagnostic préopératoire : tumeur hépatique . Lobectomie gauche - Guérison . Histologie : hémangiome caverneux.
- 112.- FRITZSCHE J.- 1957 - F. 43 ans - Douleurs badominales irradiant vers le bas ventre et dans le dos. Tumeur du flanc droit, de la grosseur d'un pois, mobile . Diagnostic préopératoire : hydrocholécyste. Résection partielle de la tumeur. Hémorragie importante . Guérison. Histologie : angiome caverneux .
- 113.- FINLEY R.K. Jr., SHEPARD N. & SCHAFFER J.M. -1957 - F. 26 ans. Douleur de l'hypocondre gauche irradiant vers le haut et gêne épigastrique; nausées. Masse épigastrique arrondie, à bord mousse, non tendue, mobile avec les mouvements respiratoires et en décubitus latéral gauche . Diagnostic préopératoire : leiomyome gastrique. Possibilité de splénomégalie . Lobectomie . Drainage-Guérison. Histologie : hémangiome .
- 114.- NOVINSKAIA L.D.- 1957 - H. 63 ans - Palpitations, douleurs précordiales et au niveau de la nuque. Pesanteur et distension au niveau de la région hépatique, fatigabilité rapide. Foie qui augmente progressivement de volume, irrégulier, ferme, à bord tranchant, au niveau de la crête iliaque. Mort d'hémorragie cérébrale et d'hémiplégie droite . Autopsie : volumineux hémangiome, au niveau du bord inférieur du foie, sous le lobe droit.
- 115.- GORBUNOV E.I.- 1957 - F. 47 ans. Depuis 2 ans, amaigrissement, anorexie, pesanteur de l'hypocondre droit et tumeur découverte par la malade et qui grossit progressivement jusqu'à atteindre la taille d'un oeuf d'oie, de consistance ferme, facilement mobilisable. Diagnostic préopératoire : kyste du mésentère. Lobectomie droite -Guérison .

3.- CAS DONT NOUS N' AVONS PU CONSULTER

LA PUBLICATION ORIGINALE

- 116.- JONES (cité par Milone et rapporté par La Rochemacé). Tumeur abdominale. Laparotomie exploratrice. Rupture durant l'intervention. Mort.
- 117.- SIEGLER (cité par Milone et d'Angostino et rapporté par La Rochemacé) Enorme tumeur abdominale. Exérèse. Guérison .
- 118.- AYRES NETTO & AMORIM (cité par Riddler & Madding) - Lobectomie gauche pour hémangiome caverneux .
- 119.- PLALE & COOMBS -1946 - (cité par Riddler & Madding)- Hémangiome sessile de 8 cm de diamètre, situé au niveau de la scissure interlobaire .

4.- CAS REPRESENTANT PROBABLEMENT DES

HEMANGIOMES-CAVERNEUX COMPLIQUES

2 CAS de SAKAMOTO & KOLEKICHI (1935) publiés par les auteurs comme " Hépatoles " et rapportés, pour la première fois en 1938, par Merckstadt qui pense, très judicieusement, qu'il semble bien plutôt s'agir d'angiomes caverneux .

- 120.- Cas I - H. 55 ans - Violentes douleurs abdominales .
Diagnostic préopératoire : iléus .
Laparotomie exploratrice : tumeur du lobe gauche du volume d'un poing rompue. Mort.
- 121.- Cas II - H. 58 ans. Douleurs gastriques .
Diagnostic préopératoire : cancer de l'estomac .
Laparotomie exploratrice . Mort.
Autopsie : tumeur du lobe gauche du volume d'un oeuf d'oie. Rompue.

D.- CAS SUR LESQUELS NOUS N' AVONS PU NOUS
PROCURER AUCUN RENSEIGNEMENT

- Nichol森 P.M. - 1902 -
- Pichler K. - 1903 -
- Burci Pellegrini - 1910 -
- Adelid et Escardo - 1932 -
- Morelli - 1933 -
- Hamilton F.E. & Holmes R.H. - 1950 -
- Paulino F., Pereira P.B. & Pimentel A.-1950 -
- Starchak M.I. -1953 -
- Pereira B. -1955 -
- Temelkov S. - 1956 -
- Sawyer K.C., Mac Curoy R.E. & Lubchenko A.E.-1956 -
- Batchelder T.L. & Allbritten F.F. - 1957 -

E.- ANGIOMES DU FOIE ET ANGIOMES VISCERAUX MULTIPLES

- Gibson D.M. & Wyatt V.M. - 1950 -
- Blake W.J. & Lerro S.J. - 1954 -

Nous ne rapportons pas, dans ce travail, les observations d'hémangio-endothéliomes malins métastatiques ou de tumeurs associées soit à une hypertension portale, soit à des lésions d'hépatite ou de surcharge. En effet, l'hémangiome caverneux constituant une tumeur essentiellement bénigne tant sur le plan de l'évolution

clinique que sur le plan histologique, il y a lieu d'éliminer :

- Les formes malignes d'emblée ,
 - Les formes récidivantes avec métastases multiples ,
viscérales ,
 - Les formes associées à une hypertension portale qui, du fait de l'augmentation de la néo-angiogenèse au cours des hépatites pourrait motiver la formation de la tumeur vasculaire.
 - Les formes associées à une affection de l'hépatocyte, en particulier graisseuse, qui pourrait être une manifestation de la " peliosis hepatis " des auteurs.
-

ÉTUDE ANALYTIQUE ET CRITIQUE DES HÉMANGIOMES

EN VUE DU DIAGNOSTIC PRÉ-OPÉRATOIRE
DE CES TUMEURS VASCULAIRES

La revue d'ensemble de toutes les observations d'Hémangiome du foie que nous avons pu réunir, de façon aussi complète que possible, dans la littérature mondiale jusqu'à ce jour, nous révèle que cette néoformation vasculaire présente un ensemble de signes cliniques d'emprunt faisant errer, la plupart du temps, le diagnostic préopératoire qui n' a été que rarement fait dans les quelques cas où un signe particulier a permis de l'orienter .

Les éléments qui pourraient permettre le diagnostic préopératoire exact doivent tenir compte :

- D'un facteur étiologique appréciable ,
 - D'un facteur clinique ,
 - Des renseignements fournis par les examens paracliniques .
-

I_e- Le FACTEUR ETIOLOGIQUE

1°.- INFLUENCE DU SEXE

Tous les auteurs sont d'accord pour admettre que l'Hémangiome se manifeste cliniquement et devient chirurgical, de façon prédominante, chez la femme, contrairement à l'opinion de SCHMIEDEN qui pensait qu'on retrouvait cette lésion avec une égale fréquence dans les deux sexes, et surtout à celle de HANOT et GILBERT qui dans leur " Etude sur les maladies du foie " la considéraient comme se retrouvant surtout chez l'homme, ainsi que GARNIER et CATHALA .

C'est ainsi que les diverses statistiques établies par THOLE, POZZI et d'AGOSTINO, SCHUMACKER, d'ERRICO et, en dernier lieu, LA ROCHEMACE dans sa thèse, font état d'un pourcentage compris entre 90 et 94 % ,selon les auteurs, en faveur de la femme .

Sur les 112 cas dont nous avons pu consulter les observations originales et où le sexe était mentionné, nous avons retrouvé les mêmes proportions en faveur du sexe féminin, à savoir :

- 101 cas chez la femme
- 11 cas chez l'homme .

Soit environ 90 % en faveur de la femme .

2°.- INFLUENCE DE LA GROSSESSE

De même, il semble admis par tous que, si tous les épisodes de la vie génitale de la femme influencent certainement le développement de la tumeur, la grossesse représente un facteur étiologique quasi-nécessaire. Elle agirait par un double mécanisme :

- Hormonal qui induirait, comme les autres épisodes de la vie génitale le développement de la tumeur .
- Mécanique , surtout important qui, par compression sur le foie, provoquerait des troubles de la circulation, favorables

au développement d'angiomes plats qui, sans cela, seraient probablement restés de dimensions réduites.

3°.- INFLUENCE DE L' AGE

L'angiome peut s'observer à tous les âges de la vie, néanmoins, il paraît plus fréquent dans la seconde moitié de la vie, selon certains, entre la 3ème et la 7ème décade .

Sur 105 observations où l'âge du malade était mentionné, nous avons retrouvé :

- 89 malades âgés de 30 à 70 ans ,soit environ 85 %
- 1 malade âgé de plus de 70 ans, soit environ 1 %
- 15 malades âgés de 0 à 30 ans , soit environ 14 % .

Nous devons d'ailleurs signaler que sur les 15 malades de moins de 30 ans, nous en avons retrouvé 8 chez lesquels l'hémangiome s'est manifesté au cours des premières semaines ou des premiers mois de la vie, voire des premiers jours, par des manifestations cardiaques ou pulmonaires d'allure suraigüe ayant entraîné, dans le plupart des cas, la mort rapide de l'enfant .

En résumé, nous devons retenir dans ce facteur étiologique, la grande fréquence de la survenue de l'hémangiome dans le sexe féminin, et en particulier, au cours de la deuxième moitié de la vie, le développement de la tumeur étant favorisé par la grossesse.

II.- Le FACTEUR CLINIQUE

La symptomatologie de l'angiome se présente de façon différente, selon qu'il s'agit de l'angiome non compliqué ou de l'angiome se manifestant par une complication mécanique aigüe .

A.- L' ANGIOME NON COMPLIQUE

Cette appellation abusive doit, en réalité, subir un correctif, et l'on devrait plutôt parler d'angiome ne se manifestant pas cliniquement par une complication mécanique aigüe. Il est, en effet, à peine concevable qu'un angiome assez volumineux pour se manifester par une masse perceptible se borne à donner les seuls signes physiques propres à la tumeur à l'état pur et sans complication surajoutée.

Les symptômes sont alors de 2 ordres :

- Les signes communs à toutes les tumeurs du foie ,
- Les signes particuliers aux hémangiomes et dus à la nature vasculaire de la tumeur .

1°.- SIGNES COMMUNS À TOUTES LES TUMEURS DU FOIE

Le début réel de la maladie est généralement impossible à préciser car, dans la grande majorité des cas, il est extrêmement insidieux, sinon silencieux .

Le début apparent est variable et peut être marqué par les symptômes les plus divers :

- a.- des signes fonctionnels dont la date d'apparition et l'intensité n'ont aucun rapport avec le degré d'évolution de la tumeur .

b.- Des signes physiques souvent isolés. Il est fréquent que la découverte de la tumeur constitue le signe initial de la maladie, voire le seul signe. La constatation peut en être faite :

- soit par le patient, qui est alors amené à consulter,
- soit par le médecin, au cours d'un examen médical systématique de routine ou lors d'un examen motivé par un trouble parfois étranger à la tumeur.

c.- Des signes généraux ordinairement révélateurs d'une tumeur.

d.- Au cours d'une complication, la tumeur étant restée cliniquement latente.

Ces différents signes varient dans leur mode d'apparition et de succession d'un malade à l'autre et l'importance respective de chacun d'entre eux diffère chez des patients différents.

LES SIGNES FONCTIONNELS

Aucun d'entre eux n'est caractéristique et ne présente d'individualité. Ils peuvent se grouper en deux catégories différentes :

A.- Des signes digestifs -

- 1.- L'Inappétence est fréquente et se révèle souvent comme le premier signe de la maladie. L'appétit devient irrégulier et quelquefois l'anorexie devient absolue.
- 2.- Un état saburral des voies digestives l'accompagne d'ordinaire. La langue est sèche et chargée d'un enduit blanchâtre, la soif est vive, l'haleine fétide ; la constipation opiniâtre est habituelle, toutefois, elle peut être remplacée par de la diarrhée.
- 3.- Dans de nombreux cas, des troubles dyspeptiques apparaissent, à type de digestions lentes et laborieuses, de pesanteurs épigastriques, de flatulence, ou de météorisme.

4.- Plus rarement, le malade présente des régurgitations, des nausées ou des vomissements, alimentaires le plus souvent, mais quelquefois bilieux, qui peuvent survenir isolément ou s'accompagner d'un syndrome douloureux de type occlusif. Dans ce cas, ils paraissent dus à la compression de l'estomac et du duodenum par la tumeur.

B.- Des signes communs à toutes les tumeurs du foie, mais qui, en réalité, traduisent de véritables complications.

a.- Surtout des phénomènes mécaniques :

- Distension ou tiraillements au niveau du péritoine, de la capsule de Glisson par accroissement de la tumeur .

- Compression par la tumeur :

- . Compressions nerveuses
- . Compressions des voies biliaires
- . Compressions vasculaires
- . Compressions des autres viscères.

b.- Parfois des phénomènes infectieux à type de périhépatite

c.- Rarement des hémorragies intra-tumorales brusques.

Ces divers phénomènes se manifestent généralement de la même façon, par les mêmes symptômes. Ces " symptômes-complications " sont, de par leur nature secondaire, d'une grande variabilité et d'une inconstance remarquables.

1.- Les douleurs sont, parmi ces " symptômes-complications", le plus fréquemment signalées dans les observations. Elles représentent le plus souvent une sensation de pesanteur, de plénitude, de gêne, de malaise ou de tension .

Elles sont d'ordinaire uniquement liées à la seule augmentation du volume du foie, mais elles peuvent également être dues aux phénomènes énumérés plus haut.

Elles peuvent quelquefois être vives, aiguës, et même rappeler par leur caractère lancinant, la douleur des abcès du foie.

Elles apparaissent rarement de façon spontanée et sans cause apparente, mais elles peuvent être provoquées ou

augmentées :

- Par les mouvements (respiration brusque, marche, effort)
- Par la palpation .Elles s'accompagnent alors d'une défense plus ou moins grande de la paroi, pouvant rendre difficile la palpation au cours de l'examen .

Selon les individus elles apparaissent brusquement, ou, au contraire, progressivement jusqu'à un paroxysme. Elles sont rarement continues, mais plutôt intermittentes et plus ou moins rapprochées. Leur durée est variable, ainsi que leur mode de terminaison. Elles peuvent être en rapport avec la position du patient.

Elles ne sont en aucune façon en rapport avec l'alimentation ou les périodes de digestion.

Elles siègent, selon la localisation anatomique de la tumeur, soit ordinairement au niveau de l'hypocondre droit ou du creux épigastrique, soit, moins couramment, à la base du thorax , dans le flanc droit pouvant simuler une appendicite, etc.....

Leur irradiation se fait généralement au reste de l'abdomen et à la base du thorax, mais elle peut également se manifester, comme dans les autres affections hépatiques, au niveau de l'épaule droite, pouvant simuler une colique hépatique, ou bien dans la région vertébrale .

2.- L'ictère est rare . Il survient en général tardivement après que la tumeur vasculaire a pris des proportions gigantesques, entraînant la compression extrinsèque de la voie biliaire par la tumeur.

Il est donc de type rétentionnel et s'accompagne de :

- Présence de pigments biliaires et d'urobiline dans les urines ,

- Décoloration plus ou moins complète des matières .

En aucun cas, l'ictère n'est le témoin d'une atteinte du parenchyme hépatique, l'angiome ne s'accompagnant pas d'insuffisance cellulaire.

3.- Des troubles urinaires peuvent se rencontrer, dans les tumeurs à siège postérieur. Ils égarent souvent le diagnostic, évoquant une tumeur rétro-péritonéale .

4.- Des Signes thoraciques enfin peuvent constituer l'expression clinique dans les angiomes à siège supérieur. Ils revêtent en général deux types :

- le type pulmonaire : La respiration , normale d'ordinaire, peut être gênée par l'hépatomégalie ,lorsque celle-ci est considérable,entraînant une dyspnée plus ou moins marquée pouvant s'accompagner de toux voire de hoquet ou même d'accès de suffocation .
- le type cardio-vasculaire d'allure angineuse.

Ces troubles traduisent :

- soit la compression des organes thoraciques par une tumeur de la face supérieure du foie ,
- soit une irritation phrénique en rapport avec la périnhépatite , s'accompagnant couramment de réactions pleuro-pulmonaires à type de pleurésie sèche ou exsudative, de bronchite ou de congestion des bases prédominant surtout à droite ; ou de réaction péricardique que l'on retrouve lors de l'examen (râles, frottements,etc..).

Ces phénomènes, rares chez l'adulte, se manifestent chez le nouveau-né et le nourrisson comme des complications suraiguës dramatiques dont l'évolution fulgurante est le plus fréquemment fatale .

LES SIGNES PHYSIQUES

1.- L'inspection

Elle peut permettre de localiser une tumeur volumineuse chez un sujet maigre. On peut observer alors une augmentation de volume localisée, ou une voussure au niveau de la partie sus-ombilicale de l'abdomen. L'éclairage " à jour froidant " met en évidence une voussure asymétrique, prédominant au niveau de la région hépatique, de l'hypocondre, de l'épigastre ou de la région périombilicale .

Souvent la tumeur moins volumineuse se cache sous le rebord costal ou, si elle est pédiculée, plonge dans l'abdomen,sans être décollée par l'inspection; surtout lorsqu'il s'agit d'un sujet gras ou dont la paroi est relâchée .

2.- La Palpation

Elle constitue le temps le plus important de l'examen , C'est elle qui fournit le plus de renseignements :elle permet d'apprécier :

- l'Hépatomégalie ,
- la consistance forme et élastique de la tumeur, souvent différente de celle du parenchyme sain ,
- l'abaissement du bord inférieur du foie qui peut se trouver au niveau de l'ombilic ou plus bas ;
- les limites de la tumeur si celle-ci est séparée du foie par un sillon .

3.- La Percussion

Elle permet d'apprécier :

- l'augmentation du volume du foie
- l'élévation de sa limite supérieure thoracique
- l'abaissement de son bord inférieur ,
- le déplacement de sa limite interne pouvant occuper la région épigastrique, pouvant atteindre ou même dépasser l'ombilic, remplissant parfois une grande partie de l'hypocondre gauche .

Lorsque la tumeur est bien individualisée par rapport au foie, la percussion confirme que l'augmentation du volume du foie est bien due à une masse qui fait corps avec lui, dont la matité fait suite à celle de l'organe .

4.- L'étude de la mobilité de la tumeur

a.- Mobilité spontanée

Sous l'influence des mouvements respiratoires, la tumeur suit les mouvements du diaphragme , s'abaissant à l'inspiration et remontant lors de l'expiration .

Ce signe sur lequel ont beaucoup insisté GILBERT, TERRIER et AUVRAY, CECCARELLI n'est cependant pas pathognomonique et il se retrouve dans diverses lésions du foie et des organes susceptibles de contracter, avec lui, des adhérences , en particulier la vésicule .

b. Mobilité provoquée

La tumeur peut quelquefois être mobilisée (obs.3 : B...) par manœuvre manuelle :

- soit transversalement : luxation d'un flanc dans l'autre ou si la masse est pédiculée, mobilité en " battant de cloche",

- soit sagittalement donnant alors le contact lombaire et parfois même une impression de ballottement rénal ,
- soit même verticalement de façon assez rare .

En outre, la tumeur ayant acquis des connexions étroites avec les viscères voisins, peut se mobiliser avec les autres organes abdominaux et, dans cette éventualité, c'est le problème du diagnostic des maladies abdominales à forme tumorale de localisation différente , rénale, gastrique, colique, épiploïque, génitale qui se trouve posé .

Enfin, la masse, de par son volume, ou du fait des adhérences plus ou moins étroites qu'elle a pu contracter soit à la paroi, soit à d'autres organes fixés, peut se trouver bloquée dans l'hypocondre droit, entre la colonne vertébrale en arrière, le grill costal latéralement et la paroi en avant, et ne pas pouvoir être mobilisée .

L'examen clinique ainsi conduit permet d'individualiser diverses variétés anatomo-cliniques des angiomes du foie :

- L'Angiome solitaire , superficiel, extériorisé par rapport au parenchyme hépatique peut se présenter sous 2 formes :
 - Sessile , il continue le foie, la transition se faisant de façon plus ou moins sensible. La palpation montre alors une augmentation de l'organe. Cependant, la forme et la consistance de la tumeur peuvent être différenciées de celles du foie.
 - Pédiculé , il peut être séparé du foie par une zone sonore lors de la percussion. Si la palpation peut retrouver le pédicule de la tumeur et son rapport avec le foie, le diagnostic reste encore possible. D'autres fois, on se trouve en présence d'une masse dont on ne peut mettre en évidence ses rapports avec le foie .
- L'Angiome intra-hépatique peut se présenter sous forme d'une tumeur massive ou d'une masse nodulaire à foyers multiples :
 - La tumeur massive pose alors le diagnostic d'une hépatomégalie généralement importante et le plus souvent localisée à un seul lobe, dont la surface est lisse et le bord inférieur est arrondi ou tranchant .
 - La tumeur nodulaire à foyers multiples se présente , elle.

comme un gros foie dont la surface irrégulière est parsemée de nodules plus ou moins nombreux et plus ou moins disséminés.

Il existe tous les intermédiaires entre ces divers types anatomo-cliniques ainsi individualisés, créant lors de l'examen clinique, de nouvelles difficultés, du fait des associations.

2°- SIGNES PARTICULIERS AUX HEMANGIOMES

Seule leur existence a permis de faire cliniquement le diagnostic d'hémangiome dans les rarissimes cas où celui-ci a été fait au temps préopératoire. En effet, sur les 130 observations publiées à ce jour dans la littérature, le diagnostic préopératoire n'a été posé avec certitude que 5 fois .

a.- La consistance de la tumeur ferme, mais élastique, en rapport avec la structure spongieuse de la masse est un des signes caractéristiques de néoformation vasculaire les plus constamment retrouvés.

Mais outre que d'autres lésions peuvent avoir une consistance voisine sinon comparable, tels les kystes hydatiques, l'hémangiome peut, soit à la suite de transformation fibreuse, soit du fait de la périhépatite réactionnelle, acquérir une consistance nettement plus ferme.

b.- Les modifications du volume et de la consistance de la tumeur peuvent, quand on les retrouve, mettre sur la voie du diagnostic exact. Celles-ci peuvent être :

- Spontanées : extension et réduction alternatives, donnant à la tumeur un caractère pulsatile, évocateur de sa nature vasculaire.
- Provoquées : en particulier la réductibilité peut être obtenue par la pression manuelle. Au contraire, l'augmentation du volume et de la consistance peuvent facilement être provoquées par l'effort.

Cependant, ce signe est très inconstant et n'est retrouvé que rarement . De plus, il est difficile à mettre en évidence .

c.- Le souffle vasculaire . Continu, à maximum systolique perceptible à l'auscultation de la tumeur, parfois accompagné du thrill palpatoire, constitue certainement le meilleur signe en faveur du diagnostic d'angiome.

Malheureusement, ce signe est extrêmement rare et n'a été retrouvé que dans 3 observations : celles de VON BECK, ISRAEL et NINARD . Le thrill, lui , n'a été relevé que dans la deuxième observation de NINARD .

d.- La coexistence d'autres angiomes et, en particulier, d'angiomes cutanés constitue un bon signe de probabilité quant à la nature de la tumeur découverte ; sa fréquence est relativement grande. Elle a été mentionnée dans les observations suivantes :

- Angiome du foie + angiome cutané : MARKOV , NINARD (2ème cas) ; SWEED & WEINBERG ; WINTERS, ROBINSON & BATES, CAUSSADE, NEIMANN & TRIPON .

Cette association constitue une entité que l'on doit distinguer nettement de la Maladie de RENDU-OSLER.

- Angiome du foie + angiome de la langue : GOHRANDT
- Angiome du foie + angiome de l'ovaire : KARP . Cette association n'aide que peu au diagnostic préopératoire de la tumeur .

Dans certaines observations, comme celles publiées par SWEED & WEINBERG d'une part, par CAUSSADE , NEIMANN & TRIPON d'autre part, les angiomes cutanés ont fait leur apparition en même temps que l'angiome hépatique s'accroissait de façon fulgurante. Ce fait illustre, de façon évidente, les rapports intimes existant entre l'angiome du foie et les angiomes cutané-muqueux et donne une valeur réelle à la constatation de l'existence d'angiomes cutanés en cas de tumeur abdominale dont la nature ne peut être déterminée avec précision .

En résumé, l'hémangiome hépatique ne se manifestant pas par une complication mécanique aigüe, se présente le plus souvent comme un ensemble de signes d'emprunt ne pouvant permettre, dans la plupart des cas, un diagnostic préopératoire. Seuls les signes particuliers à la nature vasculaire de la tumeur ou l'association à d'autres angiomes, en particulier les angiomes cutanés, pourraient permettre celui-ci, mais leur grande rareté n'apporte qu'exceptionnellement la possibilité de le faire avec exactitude; en effet, l'ensemble des publications originales, que

nous avons pu consulter, montre que la nature exacte de la lésion n'a pu être reconnue, avant l'intervention, que dans cinq cas .

B.- L' ANGIOME SE MANIFESTANT PAR UNE COMPLICATION MECANIQUE AIGÜE

Dans cette éventualité, l'angiome qui a pu jusqu'à être latent et sans existence clinique se manifeste brutalement par un tableau abdominal dramatique dû à la rupture du kyste et à l'hémopéritoine consécutif à l'hémorragie .

Dans un seul cas, le deuxième publié par NINARD avec LA ROCHEMACE , le diagnostic avait été fait avant le drame abdominal aigu.

La rupture de l'hémangiome avant intervention a pu être observée dans 11 cas :

1.- Cas certains (9 cas)

- TINKER : Douleurs très violentes de la fosse iliaque droite.
- DAHLE
- KARP
- TURNER

Dans ces trois observations, signes subits d'anémie aiguë par hémorragie intra-abdominale .

- MARCKSTADT : Violentes douleurs abdominales et anémie aiguë.
- NINARD (cas 2) : Angiome diagnostiqué avant la rupture.
Rupture à la suite d'efforts de défécation ,
- CALDWELL : Douleur aiguë de l'épigastre irradiant vers l'épaule gauche avec défense au niveau du creux épigastrique et de l'hypocondre droit, et vomissements .
- KRUPPA : Douleurs de la fosse iliaque droite et collapsus .
- DUBOST : Douleur de la fosse iliaque droite avec défense abdominale et syncope .

2.- Cas douteux de SAKAMOTO et KOLEKICHI : rapportés par MARCKSTADT (2 cas)

- Cas 3 : Douleurs gastriques depuis 25 ans. Violentes douleurs abdominales après la défécation .
- Cas 4 : Douleurs gastriques, œdèmes et ascite depuis 5 ans.
A la ponction d'ascite on recueille un liquide sanglant.

La rupture a été rapportée à un effort .

La rupture a pu également survenir en cours d'intervention comme dans les observations de VON BLACK, TOGGENBAU, POZZI, MANTLE, BRUNSCHWIG & SMITH .

Enfin, la tumeur ayant pu passer inaperçue pendant toute la vie, sa rupture entraîne la mort et constitue une trouvaille d'autopsie . C'est le cas des observations publiées par VON HAEFFEN & HAMMER, LEFLAIVE (dans ce cas, la rupture avait été provoquée par une ponction exploratrice) .

Il faut noter enfin que les dimensions des angiomes rompus sont, en général, sauf dans le cas de NINARD & LA ROCHEMACE plutôt modestes .

Les complications mécaniques aiguës thoraciques nous semblent mériter une mention spéciale du fait qu'elles ont été retrouvées dans un certain nombre d'observations d'angiome du foie survenu au cours de la période néo-natale et de la première enfance .

Le tableau clinique schématique est celui de l'apparition brusque d'une dyspnée avec cyanose. L'examen met en évidence une augmentation de la matité cardiaque, en général gauche, un thrill systolique et un souffle holosystolique entendu sur toute l'aire précordiale ; des râles de congestion des bases pulmonaires prédominant surtout à droite, plus rarement une réaction pleurale. Parfois, l'apparition d'un bruit de galop vient signer la décompensation cardiaque. L'association d'angiomes cutanés dont la naissance est souvent contemporaine du début des troubles est un excellent signe, assez fréquemment retrouvé, permettant le diagnostic d'hémangiome du foie devant ce tableau de cardiopathie congénitale .

L'angiome provoquerait, dans ce cas, selon WINTERS & Coll. de nombreux shunts artério-veineux qui augmenteraient leur débit lors de la croissance rapide des angiomes et induiraient constamment une décompensation cardiaque en dépit de la dilatation et de l'hypertrophie compensatrice des cavités cardiaques qui s'avère insuffisante .

Cependant, malgré la prédominance des complications thoraciques aiguës dans les hémangiomes de l'enfant, la rupture d'un angiome avec hémorragie et hémopéritoine consécutif se rencontre également au cours des premiers jours de la vie.

Donc, au cours des complications mécaniques aiguës, le diagnostic pré-opératoire d'angiome caverneux du foie, bien que son importance soit considérablement réduite et masquée par l'urgence chirurgicale, reste encore difficile du fait de la rareté clinique de la lésion : dans sa forme abdominale, il fait bien plus penser à une appendicite perforée, à une rupture de grossesse extra-utérine ou, plus généralement, à une péritonite d'origine non précisée accompagnée ou non de signes d'hémorragie interne; dans sa forme thoracique, il évoque constamment une défaillance cardiaque consécutive à une cardiopathie congénitale .

III.- RENSEIGNEMENTS FOURNIS

PAR les EXAMENS PARACLINIQUES

XX

A.- LA BIOLOGIE

Elle est constamment normale ou sub-normale et n'aide en rien au diagnostic clinique de l'hémangiome .

B.- LA RADIOLOGIE

1.- La radiographie standard des divers segments du tube digestif permet en général :

- D'affirmer l'intégrité des différents viscères opacifiés.
- De voir la compression par une masse des organes entretenant un rapport de voisinage étroit avec le foie .

Mais elle ne permet, en aucun cas, de préciser la localisation exacte de cette masse, ni de préjuger de sa nature .

Il en est de même de l'urographie intra-veineuse qui n'a qu'une valeur négative en ce sens qu'elle permet d'éliminer l'hypothèse d'une origine rénale .

2.- L'opacification du système réticulo-endothélial par le thorotrast n'a été tentée qu'une seule fois par NINARD dans sa deuxième observation .

Cette méthode d'investigation s'est avérée utile, car elle a permis d'obtenir, par la tomographie, une opacification hépatique homogène et localisée qui :

- permettait la localisation exacte de la tumeur ,
- affirmait sa nature vasculaire .

Mais cette méthode élégante et satisfaisante sur le plan diagnostique s'est avérée extrêmement dangereuse. En effet, depuis les travaux de MAC MAHON et ses collaborateurs (1947), on connaît la possibilité, après un

temps de latence plus ou moins long après administration de thoro-
brast , d'apparition de sarcomes endothéliaux . LUDIN a rapporté, en
1953, un cas d'hémangio-endothéliome du foie et de la rate consécutif
à l'administration de thorotrast. De même, TESLUKA & NORDIN (1955)
ont constaté, à la suite de l'administration du produit opaque l'ap-
parition , à une échéance éloignée, de cirrhose de LAENNEC .

Les dangers de la méthode l'ont donc complètement
discréditée .

3.- La Splénoportographie -

Préconisée par ABEATICI & CAMPI (1951) (1), elle
devrait occuper une place de choix dans le diagnostic préopératoire
des tumeurs primaires du foie " en particulier les cavernomes" où,
selon VIRCHOW, se terminent les vaisseaux portes et qui très proba-
blement en dérivent .

Cependant, outre que cet examen fait intervenir une
théorie pathogénique qui n'est pas admise par tous les auteurs, la
localisation dominante de l'angiome du foie sur la face inférieure
du lobe gauche hypertrophié et souvent occupant une grande partie
de l'hypocondre gauche d'une part, d'autre part la difficulté d'attein-
dre une rate normale de petit volume, constituent un danger non né-
gligeable, car l'aiguille de ponction peut fort bien atteindre la
tumeur elle-même et provoquer sa rupture, entraînant le drame .

Ceci explique, peut être, que cet examen n'a été ni prati-
qué, ni même mentionné dans aucun des cas d'hémangiome dont nous avons
consulté les observations. Nous ne l'avons retrouvé qu'une fois, fait
sur un enfant de 2 ans 1/2, présentant un hémangiome associé à des
signes d'hypertension portale avec hypersplénisme (LEVINE -1957)(2).

(1) S. ABEATICI & L. CAMPI - Acta Radiologica - 1951 - Vol. 36
p.383-92

(2) S. LEVINE - Am. J. of Roentgentology , Radium Therapy and
Nuclear Med. Février 1957 - Vol 77 (2) p.332-33

C.- LA PONCTION BIOPSIE

Il est criminel de l'envisager, en raison du danger mortel qu'elle représente pour le malade, toutes les fois que l'on suspecte une tumeur du foie, à cause justement de la possibilité de la présence d'une tumeur vasculaire. On sait, en effet, qu'il est toujours à peu près impossible de faire le diagnostic de variété histologique de la tumeur hépatique. De plus, quelle qu'en soit sa nature, une tumeur hépatique peut présenter de volumineuses lacunes sanguines qu'il est préférable de respecter .

IV.- L'APPORT au DIAGNOSTIC PREOPERATOIRE
des HEMANGIOMES CAVERNEUX du FOIE
"des METHODES de DIAGNOSTIC ANATOMIQUE IN VIVO"
(J. CAROLI)

La GAMMAGRAPHIE

La LAPAROSCOPIE avec LAPAROPHOTOGRAPHIE

A.- LA GAMMAGRAPHIE

1.- Principe -

C'est un procédé d'opacification du foie utilisant un corps radioactif, le rose bengale marqué par l'iode 131 qui réalise, par scintillographie, une hépatographie anatomique et fonctionnelle .

2.- Méthode -

C'est une méthode indolore ne comportant qu'une seule injection intra-veineuse d'une solution isotonique contenant entre 500 et 1000 microcuries d'iode radioactif selon la surface et le poids du foie à étudier .

L'iode radioactif émet un rayonnement gamma détectable à l'extérieur du corps. Un appareil automatique enregistre la répartition de la radioactivité du rose bengale marqué fixé par les hépatocytes et donne ainsi une image fidèle du foie par un dispositif de mouvement assurant un balayage synchrone de l'objet par un scintillateur et de l'image par un inscripteur .

3.- Résultats -

La gammagraphie fournit, dans de bonnes conditions techniques, des images d'anatomie fonctionnelle du foie qui permettent dans le cas de l'hémangiome hépatique :

- d'affirmer que la tumeur appartient bien au foie ,
- de localiser de façon très précise la tumeur vasculaire qui ne scintille pas et apparaît sur le scintillogramme comme une image lacunaire radioactive environnée d'un tissu hépatique comprimé, refoumé, mais qui conserve intégralement sa valeur fonctionnelle, et par conséquent, scintille normalement.

Ainsi, parmi les trois observations d'hémangiome hépatique que nous rapportons, la gammagraphie a été pratiquée dans les deux derniers cas, et a permis de porter le diagnostic de tumeur hépatique, et de localiser très exactement le siège de la tumeur, son étendue et ses rapports avec le parenchyme hépatique normal.

Par conséquent, dans les cas d'hémangiomes du foie, l'hépatographie par scintillographie constitue un procédé d'investigation qui s'avère indispensable pour le diagnostic préopératoire de cette variété de tumeur hépatique.

B. LA PERITONEOSCOPIE et la LAPAROPHOTOGRAPHIE

L'endoscopie péritonéale joue un rôle fondamental dans le diagnostic des tumeurs hépatiques et en particulier de l'hémangio-endothéliome, lorsque celui-ci est extériorisé par rapport à la masse hépatique. Elle constitue un procédé d'investigation obligatoire pour permettre de reconnaître la nature vasculaire de la tumeur. D'autre part, elle interdit, de façon formelle la ponction-biopsie dans ce cas.

Cependant elle n'est pas sans risque pour qui ne respecte pas le principe fondamental sur lequel M. CAROLI et ses collaborateurs ont particulièrement insisté avec juste raison et qui consiste à pratiquer une porte d'entrée à distance suffisante de la tumeur que l'on veut explorer pour éviter tout accident de rupture, dont les conséquences seraient catastrophiques pour le malade.

La Péritonéoscopie est complétée par la laparophotographie avec l'endographe de FOURES, utilisant un flash électrique lumière du jour qui fournit des documents objectifs permettant la confrontation avec d'autres examens, en particulier la gammagra-
phie, et fournissant ainsi des renseignements précieux au diagnostic préopératoire.

Ainsi, la laparoscopie et la laparophotographie se révèlent comme un examen obligatoire pour le salut même des malades .Elles constituent un temps indispensable pour le diagnostic préopératoire des angiomes du foie .

DIAGNOSTIC

Parmi les quelques cent trente trois observations parues à ce jour dans la littérature mondiale, le diagnostic clinique préopératoire n'avait été fait, avant les trois cas que nous rapportons, que cinq fois : ce sont les cas de VON BECK, ISRAEL, DITZ, VAN GENERISCH et le 2ème cas publié par NINARD avec LA ROCHEMACE .

Dans les observations de VON BECK & ISRAEL, le diagnostic a été basé sur la présence d'une tumeur que les auteurs avaient rapportée au foie, avec variations spontanées et provoquées de son volume et un souffle vasculaire tumoral.

NINARD avait fait son diagnostic devant le même tableau clinique, auquel s'ajoutait un thrill palpatoire au niveau de la tumeur et l'association d'angiomes cutanés, et son impression clinique avait été confirmée par l'opacification du système réticulo-endothélial au moyen du thorotrest . VAN GENERISCH n'a porté son diagnostic exact que parce qu'à une précédente intervention, il avait constaté, chez son malade , l'existence d'un angiome de la face inférieure du lobe droit du foie, ce qui lui a permis de rapporter la tumeur de l'hypocondre droit à sa nature réelle .

Nous n'avons pu savoir sur quels signes DITZ s'était basé pour diagnostiquer l'angiome du foie, n'ayant pu nous procurer la publication originale .

Dans le restant des cas, c'est-à-dire l'immense majorité, que l'angiome se soit manifesté sous sa forme non compliquée ou, au contraire, sous forme de complication mécanique aigüe, le diagnostic, lorsqu'il a été porté, a erré entre les affections de la vésicule biliaire ; la présence d'une tumeur abdominale d'origine pancréatique, mésentérique, épiploïque, gastrique ou rétro-péritonéale ou dont l'origine n'a pu être précisée ; le diagnostic de tumeur d'origine génitale a également été fréquemment porté chez la femme, qu'il s'agisse de fibrome utérin ou plus souvent de kyste de l'ovaire, ou même de grossesse (cas de JACOBOWICZ & STOIA).

Dans les cas compliqués, les diagnostics les plus fréquents ont été ceux d'appendicite perforée, ou devant le tableau d'hémorragie interne, de rupture de grossesse tubaire .

Dans les trois cas que nous rapportons, le diagnostic préopératoire correct n'a été possible que grâce à la laparoscopie (Cas I) et à son association avec la gammagraphie (Cas II et III) qui se sont révélés être des examens complémentaires indispensables pour le diagnostic clinique et ont ainsi permis une intervention, limitant au maximum les risques du malade, par une équipe chirurgicale prévenue, judicieusement choisie et parfaitement entraînée qui peut ainsi arrêter, à l'avance la conduite à tenir en cours d'opération .

LE TRAITEMENT DES ANGIOMES CAVERNEUX DU FOIE

L'APPORT des "HEPATECTOMIES REGLEES"

à la CHIRURGIE des TUMEURS du FOIE

Le traitement des angiomes caverneux du foie est essentiellement chirurgical. Presque toutes les observations ont en effet été rapportées par des chirurgiens, et le diagnostic ayant été fait en général à la laparotomie exploratrice, la tumeur a été extirpée.

Cependant, certains auteurs, comme RAY, MORRIS, RIDDLER & MADDING, devant l'extension de la tumeur, ayant considéré la résection comme hautement hasardeuse, sinon impossible, ont imposé à leurs patients un traitement par les rayons X dont les résultats se sont montré appréciables après un laps de temps de quelques années.

Il n'est pas dans l'intention du modeste praticien, que nous voudrions nous attacher à être, d'entrer dans des détails de technique chirurgicale pour laquelle nous n'avons aucune compétence; nous voudrions, cependant, situer le problème chirurgical posé par les angiomes du foie, de nos jours.

En effet, les angiomes pédiculés, représentant environ 40 % des angiomes du foie selon LA ROCHEMACE, sont faciles à extirper.

Les angiomes sessiles posent des problèmes d'exérèse beaucoup plus difficiles à résoudre en raison du saignement intense et parfois incontrôlable que le chirurgien peut rencontrer.

La majorité des auteurs se sont attaqués directement à la tumeur, après des ligatures en chaîne à sa périphérie; malgré tout, le problème de l'hémostase restait entier. Par la suite la lobectomie, dans les angiomes du lobe gauche (RAVENA), a été pratiquée par les chirurgiens, avec succès. La lobectomie droite a également été faite (LORTAT-JACOB).

En 1950, un incontestable progrès était fait dans le domaine de la technique chirurgicale par MM. SENEQUE & AUROUSSEAU qui proposaient une hépatectomie partielle "en quartier d'orange" péri-tumorelle, évitant ainsi, autant que faire se peut, les risques de spoliation

sanguine considérable et les problèmes difficiles posés par l'hémostase.

Depuis les remarquables travaux de M. COUINAUD (1954) qui a eu le grand mérite de mettre en lumière la systématisation vasculaire hépatique, à l'instar des opérations segmentaires pratiquées depuis quelques années sur le poumon, l'on peut pratiquer aujourd'hui des " hépatectomies réglées " basées sur les précisions anatomiques minutieuses recueillies par M. COUINAUD .

Ces hépatectomies réglées peuvent intéresser n'importe quel segment hépatique.

L'hépatectomie réglée, a été pratiquée, dans un cas d'angiome caverneux du foie, pour la première fois en 1954 par TASKIRAN & KAN en Turquie. Elle a, depuis, été pratiquée à Lyon par HEITZ en 1956 et, enfin, dans 2 des trois cas (Cas I et III) que nous rapportons, opérés l'un par MM. SOUPAULT & COUINAUD, l'autre par MM. MOYSE & COUINAUD .

L'intervention se fait sans qu'il y ait d'hémorragie importante et ses suites sont relativement simples et très favorables.

Les " Hépatectomies réglées " nous semblent donc constituer une grande conquête dans la chirurgie des angiomes du foie.

Elles ont, en outre, permis de vérifier les différentes théories pathogéniques des connexions vasculaires des hémangiomes caverneux .

La radiothérapie a été utilisée par RAY, MORRIS , RIDDLER et MADDING, SALOMONE, pour des angiomes dont la taille énorme ne permettait pas une chirurgie radicale .

RAY, rapporté par RIDDLER & MADDING et par STIPA et d'ONOFIO s'étant trouvé devant un angiome dont la résection s'est avérée impossible a soumis son patient à l'irradiation. Le malade a reçu 10.374 R. pendant une période de 15 mois. Cinq ans après, un nouvel examen montrait que la taille de la tumeur, toujours présente, représentait environ 1/6ème de sa taille primitive .

MORRIS rapporte un cas où un volumineux hémangiome du lobe gauche ayant été enlevé, il restait un petit angiome du lobe droit qui a augmenté de volume . Le patient a été irradié et l'angiome a régressé .

RIDDLER & MADDING , se trouvent, au cours d'une laparotomie exploratrice les mettant en présence d'un hémangiome hépatique, devant une tumeur trop large et trop importante pour être extirpée, referment et soumettent le malade à la radiothérapie. Celui-ci reçoit pendant 4 mois, 6860 R sur 3 champs. Après 8 mois, l'amélioration clinique est sensible et la tumeur n'est plus que la moitié de ce qu'elle était ; après 17 mois, elle ne représente plus que $1/3$ à $1/4$ de la tumeur initiale .

WILSON & TYSON rapportent un cas d'angiome qui, étant trop important et de ce fait ne pouvant être réséqué, a reçu des rayons X , ce qui a provoqué „ une diminution du volume de la masse.

SALOMONE se trouvent devant une tumeur sessile adhérent amplement au foie, effectue un traitement par radiothérapie. Après 4 mois, la masse abdominale ne peut plus s'apprécier à la palpation et ne se voit plus radiologiquement .

Nous ne ferons que citer comme une curiosité thérapeutique, le cas de GORHANDT qui, ne pouvant extirper un énorme angiome occupant tout le lobe droit et devant l'échec de la radiothérapie, a pratiqué des injections sclérosantes avec une substance " la varicosédine " qui a eu pour résultat de faire fondre la tumeur, préalablement repérée par deux clips .

PATHOLOGIE

DES HEMANGIOMES CAVERNEUX DU FOIE

L'APPORT des HEPATECTOMIES REGLEES

I.- CONNEXIONS des LACUNES ANGIOMATEUSES AVEC les DIVERS SYSTEMES VASCULAIRES du FOIE

Ces rapports sont difficiles à établir, ce qui explique la multiplicité des théories énoncées et leurs divergences.

Divers auteurs ont cherché à remplir les cavités de l'angiome à l'aide d'injections colorantes poussées dans l'artère hépatique, la veine porte ou la veine sus-hépatique.

Selon ROKITANSKI et FRERICHs, l'angiome communiquerait seulement avec les veines et, pour FRERICHs, les injections poussées par l'artère hépatique ne passeraient que dans les vasa vasorum des bandes fibreuses.

Au contraire, CORNIL et RANVIER, par le même procédé, remplissent les cavités elles-mêmes.

MAIER et VIRCHOW admettent, eux, des connexions simultanées avec les trois systèmes vasculaires.

Pour OLBER et PAILLAS, il est vraisemblable que les lacunes angiomateuses, isolées au début, n'établissent de relations vasculaires que du fait de leur extension progressive.

MOISE a mis en évidence, dans un de ses cas, l'origine exclusivement portale de l'angiome.

II.- FACTEURS du DEVELOPPEMENT de l'ANGIOME

Trois groupes de théories sont en présence, basées sur des facteurs inflammatoires, mécaniques ou dysembryoplasiques.

A.- ORIGINE POST-CICATRICIELLE OU INFLAMMATOIRE

Il y aurait, à l'origine, à la suite d'une hépatite interstitielle, développement initial d'un granulome conjonctif. Les vaisseaux se développeraient ultérieurement, se dilateraient et s'anastomoseraient.

Cette théorie, qui est celle de VIRCHOW, a également été soutenue par RINDFLEISCH, FRERICHS, MAIER, LILIENFELD, etc..

LEROUX et CORNIL pensent que ce sont les infiltrations cellulaires que l'on retrouve couramment au cours de certaines hépatites qui représentent le primun movens de l'angiome.

B.- ORIGINE MECANIQUE PAR CONGESTION LIMITEE DES VAISSEaux

Cette théorie a été défendue par BIRSCH-HIRSCHFELD, CHERVINSCKI et surtout HANOT et GILBERT.

Ces derniers auteurs écrivaient : " Dans un foie hyperhémie, quelques départements surchargés de sang peuvent laisser leurs vaisseaux se distendre outre mesure et arriver au contact, après avoir écrasé les éléments qui les séparaient " .

Selon ZIEGLER, c'est l'atrophie des travées hépatiques qui entraînerait mécaniquement l'ectasie capillaire.

En fait, cette théorie mécanique n'a plus actuellement que peu de crédit et HERXHEIMER l'a nettement écartée.

C.- ORIGINE DYSEMBRYOPLASIQUE

Elle a été soutenue, dès 1898, par RIBBERT qui écrivait : " Il est plutôt vraisemblable que les cavernomes proviennent d'un petit territoire tissulaire indépendant qui s'incorpore au

foie d'une façon irrégulière et présente un développement autonome".

Cette théorie est, du reste, en accord avec les données embryologiques et génétiques :

- Apparition des angiomes chez le nouveau-né ou le fœtus.
- Phénomènes d'hématopoïèse au niveau de l'angiome, montrant que le tissu matriciel a gardé les potentialités de la période embryonnaire.

Ce fait a été établi pour la première fois par PILLIET en 1891, d'après l'étude de six cas; en effet, il observa, dans cinq cas d'angiome, la production des globules rouges et, dans le sixième celle-ci s'accompagnait de production de leucocytes et de mégacaryocytes.

C'est cette dernière théorie qui, de nos jours, est unanimement approuvée par les auteurs.

III.- L'APPORT EXPERIMENTAL APPORTE
PAR les HEPATECTOMIES REGLÉES
aux DIFFERENTES THEORIES
SUR les CONNEXIONS des LACUNES ANGIOMATEUSES
AVEC les DIVERS SYSTEMES VASCULAIRES du FOIE

Dans les deux cas (Cas I et III) opérés par Hépatectomie réglée que nous rapportons, la lecture des compte-rendus opératoires apporte une preuve quasi-expérimentale des connexions des lacunes angiomeuses avec les divers systèmes vasculaires.

En effet, dans le cas I, la ligature du rameau artériel du lobe gauche a provoqué immédiatement le dégonflement de la tumeur vasculaire, volumineuse et saillante auparavant. Ce fait tendrait donc à démontrer que l'hémangiome caverneux du foie est une tumeur vasculaire d'origine artérielle.

Par contre, dans l'observation III, la ligature de l'artère hépatique gauche n'a entraîné aucune modification du volume de la tumeur et, après hépatectomie réglée, la pièce n'avait pas diminué de taille, à l'opposé de ce qui s'était passé pour le cas I. Cette constatation amène donc à conclure que, dans cette conjoncture, la masse entretenait des liaisons vasculaires essentiellement veineuses.

Ces deux épreuves constituent un fait expérimental in vivo chez l'homme, démontrant que si les connexions des lacunes angiomateuses avec les divers systèmes vasculaires du foie ont fait l'objet de théories divergentes voire contradictoires, c'est que, sans doute, chacun des promoteurs de ces théories a raison en tant qu'il affirme, mais a tort en tant qu'il nie . Certains hémangiomes sont des tumeurs artérielles, ce qui expliquerait les modifications spontanées de leur volume , le souffle, le thrill et le danger catastrophique constitué par la ponction ; d'autres, au contraire, seraient en liaison avec le système veineux ou purement capillaires ; ils ne sont pas doués de pulsatilité et le danger est probablement moindre si on les ponctionne par mégarde, bien que, en aucun cas, la ponction biopsie ne soit à conseiller .

L'ANGIOMATOSE CAPILLAIRE DES BOVIDES

SES RAPPORTS

AVEC L'HEMANGIOME CAVERNEUX du FOIE

I.- DEFINITION de l'ANGIOMATOSE CAPILLAIRE :

L'angiomatose capillaire ou télangiectasie du foie tacheté hémorragique des bovidés se caractérise par " la présence d'une multitude de petites taches bien délimitées , d'un rouge vineux disséminées aussi bien à la surface qu'à l'intérieur du parenchyme hépatique et n'affectant pas de prédilection bien marquée pour un lobe plutôt que pour un autre " . (Mme CARON).

I.- FACTEURS de RESSEMBLANCE

entre l'ANGIOMATOSE DIFFUSE et l'HEMANGIOME :

A.- FACTEUR ETIOLOGIQUE

La télangiectasie qui n'existe pas dans certaines espèces animales, comme les équidés et les rongeurs, peut se trouver quelquefois chez certains carnivores comme le chien rarement ou beaucoup plus couramment le chat. Cependant, c'est chez les bovidés qu'on constate sa présence avec une particulière fréquence et qu'elle a été étudiée le plus attentivement . En effet, les statistiques révèlent un nombre considérable d'animaux de cette espèce atteints par la maladie .

- Pour ROSSI, sur 1004 foies de vaches examinés, 711 présentent des taches hémorragiques et sur 987 foies de boeuf , 424 présentent des lésions de télangiectasie .
- CARTA affirme que 50 % au moins des bovidés adultes présentent des lésions d'angiomatose diffuse .

1.- INFLUENCE DU SEXE -

Il semble que, comme dans l'espèce humaine, les femelles soient plus fréquemment atteintes par la maladie .

SCHOTE, dans une statistique portant sur 5.050 animaux, trouve la répartition suivante :

- Vache	= 62 %
- Génisse	= 6 %
- Boeuf	= 26 %.
- Taureau	= 6 %
soit	68 % de femelles .

Néanmoins , l'on peut objecter à cette statistique que les mâles sont sacrifiés à un âge moins avancé que les femelles .

2.- INFLUENCE DE L'AGE -

La statistique de SCHOTE illustre bien l'influence de l'âge dans l'apparition des lésions de télangiectasie.

3.- INFLUENCE DE LA GROSSESSE -

Elle serait un corollaire des autres facteurs étiologiques et expliquerait, en partie du moins, la plus grande fréquence de la maladie chez les vaches d'un certain âge .

B.- L' ANATOMIE COMPAREE

Certains auteurs ont été frappés par la ressemblance entre le foie angiomeux dans l'espèce humaine et le foie tacheté hémorragique des bovidés .

SCHEFFEN considérait la télangiectasie comme un prélude au cavernome chez l'homme. Cependant pour , "nulle part, on n'a constaté de communication directe entre les cavités sanguines de l'angiome et les capillaires dilatés, ni, non plus, de rapports indirects, car les capillaires dilatés ne donnent, en aucune façon, l'impression de se transformer en angiome typique " .

III.- ARGUMENTS PLAIDANT CONTRE l'UNITE NOSOLOGIQUE
de l'HEMANGIOME du FOIE CHEZ l'HOMME
et de l'ANGIOMATOSE CAPILLAIRE des BOVIDES :

Ils sont de deux ordres :

- Histologique
- Pathogénique .

1.- ARGUMENT HISTOLOGIQUE

Alors que, dans l'hémangiome caverneux, la lésion n'intéresse en aucune façon le parenchyme hépatique qui se trouve simplement, du fait du développement de la tumeur, refoulé, comprimé à la périphérie de la néoformation dont il est souvent séparé par une coque fibreuse, mais est toujours strictement normal, dans la téléangiectasie des bovidés, au contraire, il y a toujours un rapport intime entre la dilatation capillaire et la transformation dégénérative du lobule hépatique.

En effet, bien que, comme dans l'angiome hépatique, la tache hémorragique soit, dans l'angiomatose diffuse, une lacune remplie de sang limitée par un endothélium et découpée par des cloisons, elle semble être le résultat d'actions purement mécaniques entraînant dans un foie normal la succession des phénomènes suivants :

- Dilatation des veines centro-lobulaires s'étendant progressivement aux capillaires radiés, selon un processus centrifuge .
- Dissociation des travées hépatiques dont les cellules subissent une atrophie dégénérative et sont peu à peu remplacées par la fibrose.
- Au stade terminal, on retrouve des lacunes à parois fibreuses .

2.- ARGUMENT PATHOGENIQUE

1.- Théorie dysembryoplasique -

Si certains auteurs comme JOEST, KITT, SCHMIEDEN,

JAFFE ont soutenu la théorie de l'origine congénitale par dysembryoplasie, celle-ci se heurte, en vérité, à un certain nombre d'objections :

Si la dilatation capillaire était un phénomène purement passif consécutif au vide laissé par des anomalies embryonnaires, on devrait trouver des cellules embryonnaires, de taille plus grande que les cellules adultes, présentant des signes de croissance, alors qu'au contraire on ne trouve que des cellules atrophiées. D'autre part, on devrait trouver des éléments nucléés dans le sang des lacunes, ce qui ne s'est jamais vu .

Il pourrait simplement y avoir une prédisposition congénitale, c'est-à-dire, des territoires plus fragiles que d'autres dans les travées, entraînant, du fait de la dilatation capillaire, une atrophie de ces travées .

2.- Théorie mécanique -

La télangiectasie serait le résultat d'une compression de la veine cave postérieure qui entraîne la stagnation du sang dans les veines centro-lobulaires puis dans les capillaires radiés. Les travées hépatiques sont alors dissociées sous l'action de l'hypertension sanguine et les cellules subissent une atrophie dégénérative. La fibrose intervient alors fixant définitivement les lésions .

3.- Théorie de ANDERSEN -

Selon ANDERSEN, le primum movens ne serait pas une compression du tronc cave postérieur mais le passage, dans le sang porte , d'un toxique venu du rumen qui provoquerait une dégénérescence des cellules hépatiques et un gonflement des espaces de Diss.

Cette dernière théorie se trouve confirmée par les vieilles expériences de LEVADITI et de KEMPF qui, étudiant l'action toxique de la coumarine chez les animaux , avaient noté, au niveau du foie, des altérations histologiques comparables à celles de la télangiectasie, à savoir une association intime entre la dilatation capillaire radiée d'origine centro-lobulaire, la veine du même nom étant thrombosée par des amas leucocytaires d'une part; et, de l'autre, une atrophie dégénérative de cellules hépatiques avec dissociation des travées .

Ces deux dernières théories mettent l'accent sur le caractère acquis des lésions, soit par une action physique, soit par l'intermédiaire d'une substance chimique toxique .

En conclusion, bien que certains arguments ont amené les auteurs à conclure à l'unicité des 2 maladies, il semble bien, en réalité, que tant l'étude histologique des lésions que les conceptions physio-pathologiques modernes font de l'hémangio-Endothéliome bénin du foie chez l'homme et de l'Angiomatose Capillaire diffuse des bovidés deux maladies n'ayant entre elles aucun lien de parenté.

CONCLUSIONS

- 1.- L'hémangiome caverneux du foie, s'il est une constatation anatomique relativement fréquente au cours des autopsies, constitue par contre un événement clinique extrêmement rare .
- 2.- Sur le plan étiologique , il faut noter la grande fréquence de cette tumeur vasculaire chez la femme, le plus souvent entre la 3ème et la 7ème décades de la vie, et l'influence des épisodes de la vie génitale, avec une mention toute particulière pour la grossesse .
- 3.- Sur le plan clinique , l'existence d'une tumeur abdominale isolée ou s'accompagnant de troubles dyspeptiques banaux et quelquefois de " Symptômes-complications " communs à toutes les tumeurs du foie fait errer , dans la plupart des cas, le diagnostic clinique.
- 4.- Le diagnostic préopératoire exact d'hémangiome caverneux extrêmement rare, a été, dans cinq cas, basé sur l'existence de signes cliniques particuliers aux hémangio-endothéliomes qui entrent exceptionnellement dans le tableau clinique et, en particulier, l'existence d'un souffle systolique au niveau de la masse, parfois accompagné d'un thrill .
- 5.- Les examens paracliniques n'apportent aucun renseignement de valeur quant au diagnostic de nature de la tumeur qui n'est fait qu'à la laparotomie exploratrice .
- 6.- Seule, l'association de l'hépatographie par scintillographie et de la laparoscopie complétée par la laparophotographie en couleurs , objectivant l'examen endoscopique et le précisant au besoin, permet le diagnostic de localisation et de nature dans tous les cas, se plaçant ainsi au premier rang des méthodes d'investigation pour le diagnostic des tumeurs hépatiques et permettant au chirurgien d'adopter, à l'avance, du moins dans une certaine mesure, une éthique chirurgicale adaptée.

- 7.- Sur le plan thérapeutique, la pratique des Hépatectomies réglées segmentaires constitue un gros progrès chirurgical permettant, dans la plupart des cas, l'exérèse de la lésion dans des conditions confortables pour le patient et pour le chirurgien, avec des suites opératoires favorables et une guérison rapide.
- 8.- Sur le plan pathogénique, les hépatectomies réglées ont apporté la preuve quasi-expérimentale que les lacunes angiomateuses entraient en relation avec l'un ou l'autre des systèmes vasculaires du foie, et non exclusivement avec l'un plutôt qu'avec l'autre.
- 9.- Enfin, sur le plan nosologique, l'Hémangio-Endothéliome bénin du foie et l'angiomatose capillaire diffuse des bovidés ne nous semblent pas constituer une seule et même maladie, mais deux affections distinctes, différentes tant histologiquement que du point de vue physio-pathologique.

VU & PERMIS D'IMPRIMER :

Le Recteur de l'Académie
de PARIS :

J. SARRAILH.

Le Doyen de la Faculté
de Médecine de Paris :

Léon BINET.

Le Président de la Thèse :

J. SENEQUE.

BIBLIOGRAPHIE

OUVRAGES GENERAUX

PATHOLOGIE HUMAINE

ASCHOFF

Pathologische anatomie, 1921.

BOECKEL

Nouv. direct. de médec. et de chirurg. Prat. XIII, 1870 735.

BROCA

Traité des tumeurs, 1869, II, 213.

BORST

Die lehre von den Geschwulsten. Wiesbaden 1902, I, 187.

CASTAIGNE, J. et CHIRAY M.

Manuel des Maladies du foie et des voies biliaires.
Masson Ed. Paris 1910.

CORNIL et RANVIER

Manuel d'histologie-Pathologie, II 1184, 451.

CRUVEILHIER

Essai sur l'anat. pathol. en général, 1816, II 133.

FAUCONNEAU DUFRESNE

Précis des maladies du foie et du pancréas.

FERRUS et BERARD

Dict. de Médec. ou répertoire général des sciences
Médicales (Dict. en 30 vol.) XIII, 1830, 220.

FOERSTER

Handb. der path. anat. 1863, II 177.

FRERICHS

Traité pratique des maladies du foie, édit. franç.
Traduction Duménil et Bellagot, 1877, 560.

GARNIER et CATHALA

Traité de médecine. Vidal-Roger-Teissier tome XVI.

HANOT et GILBERT

Etude sur les maladies du foie. 1888.

HENKE et LUBARSCH

Handbuch der speziellen pathologischen Anatomie und Histologie.

LANCEREAUX

Traité de médecine.

LAHULLE M.

Anatomie Pathologique. Masson et Cie. Ed. III p. 1695.

LA ROCHEMACE G.

Thèse Paris 1951.

MECKEL

Handb. der path. Anat. Leipzig 1818. II, 103.

MONNERAT et FLEURY

Compendium de médecine pratique. IV, 103.

NINARD B.

Tumeurs du foie. Masson et Cie Ed. 1950.

RINDELEISCH

Lehrbuch der pathologischen Gewebelehre. Bd. VI Leipzig 1866.

ROKITANSKY

Ueber die Entwicklung der Krebsgeschwülste Atlas d'Anat. path. Texte 1871, p. 98, Traité d'Anat. pathol. T. I, 1875, 77, p. 386.

TERRIER et AUVRAY

Chirurgie du Foie.

THOLE

Chirurgie der Lebergeschwülste.

VIRCHOW R.

Die krankhaften Geschwülste. Berlin. 1863, III 333.

Pathologie des tumeurs Edit. Française Aronssohn, J. N. 1876.

ZIEGLER

Lehrbuch der allgemeinen speziellen pathologischen Anatomie 1886, T. II, p. 298, 1892. (Traduct. de la 2ème édit. allemande par le Dr AUGIER, Bruxelles. Sté Belge d'édition).

PATHOLOGIE VETERINAIRE

- CARON M^e. (Mme).
Thèse Vétérinaire . Alfort Juin 1941.
- HUTYRA F., MAREK T., MANNINGER R.
Special Pathology and therapeutics of the diseases of
domestic animals 1938-4ème édition , T.II, p. 399.
- JOEST E.
Handbuch der speziellen pathologischen Anatomie der
Haustiere? 1937, Bd II S. 21, 216.
- KETTIER
In jahresberichten von Ellenberger und Schutz, 1913.
- KITT Th.
Lehrbuch der pathologischen Anatomie der Haustiere Verbess.
aufl. 1905, BAI, p. 569.
- LEFENETRE H., et DEDIEU D.
Technique de l'inspection des viandes de boucherie.
VIGOT Frères Edit. 1936.
- LIEGEOIS F.
Traité de Pathologie Médicale des animaux domestiques.
Gemblouse Edit. 1935, p. 168.
- LUDWIG H.
Zur pathogenese und systematischen Stellung der Leber-
Kavernome. Zentralblatt für allgemeine Pathologie und
Pathologische Anatomie.
- MAC FADYEAN
Cavernous angioma of the liver of the ox. The Journal of
Compt. Pathol. and Therap. 1890, vol. III, p. 345.
- MAREK
Teleangiëktasie maculose hepatitis veterinarius n° VII,
Jahresbericht von Ellenberger und Schütz, 1895, S. 118.
- NIEBERLE P., et COHRS P.
Lehrbuch der speziellen pathologischen. Anatomie der
Haustiere, 1913 S. 403.

OSTERTAG R. Von -

Handbuck der Fleischschau, V, Aufl. 1902.

PIETRE M.

Inspection des viandes. J.B. BAILLIERE et Fils Edit. 1922, T. II

RAVENA E.

Il fegato a chiazza emorragiche dei bovini. Il Moderno
Zoviato Parte
Scient. 1911 P. 425

RENNES J.

Inspection des viandes. E. Bafrancois 2nd. 1921.

ROMA

La clinica veterinaria 1916.

ROSSI P.

La teleangestasia epatiche nei bovini. La clinica veterinaria.

RUHMEKORF

Ueber multiple disseminierte kapillarektasien der Leber des
rindes und ihre Beziehungen zu den echten Angiomen. Inaug.
Diss. Leipzig 1907.

SAAKE W.

Ueber angiomatose Entertung der leber und Leberzellembolien.
Deutsche Zeitschrift f. Tiermedizin und Vergleich. Pathologie
1897. Bd. 22 S. 142.

SAAKE H.

Multiples disseminiertes Lebernagiom des Rindes Archiv. f.
Tierheilk 1893, Bd 19, Z. 193.

SCHRAPE

Ein Fall von "Fleckiger Kapillarektasie" beim Schwein Berliner
Tierarztliche Wochenschrift 1921, Bd 37 S. 77.

SCHROTE F. (ovins).

Beiträge zur Pathogenese der Teleangiektasie der kinderleber.
Inst. f. Veter. Path. Univ. n° 42, Berlin 1936.

SCHROTE T.

Teleangiektasien der Leber. Virchows Arch. 1899 Bd 156 S. 37.

STOCKMANN (S.)

The structure and origine of cavernous angiomas in the livers of oxen. The journal of com. Pathology and therap. Vol. IX 1896, pp. 320-322.

STROH

Monatshefte für Praktische Tierheilkunde (ovins, apiens)
Bd XIV, p. 133.

STRUBBE L.

Des infarctus hémorragiques proprement dits du foie chez la bête bovine. Anatomie Pathologique et étiologique.
Bull. de l'Académie de Belgique 1891, p. 659.

TROTTER M.

Cavernous angioma of the liver of a cow. The veterinary journal New series 1916, vol. XVII, p. 150.

Van DES SLUYS und KOREVAAR.

Angioma cavernosum in der lever by runderen. Holland
Zeitschrift Tiermedizin 1880 Bd 18, p. 27.

Referiert in den Jahresberichten von Ellenberger und Schütz
1890.

O B S E R V A T I O N S

- 1.- ADALID E. et ESCARDO F. (1932).
Un cas de cavernome congénital du foie. Arch. Argent. de Pédiatrie 3, 728-731. Nov. 1932.
- 2.- AGATA (d') (1930).
Angio-cavernoma hepatis Resezione del fegato. Guerigione. Rassegna Intern. Di Clinica e terapia (Scritti in onore di E. Eurci) 1930.
- 3.- ALBRECHT (1909).
Zur Einteilung der Geschwulste-frankf. Zeitsche F. Pathol. 3, 1909.
- 4.- ALIVISATOS A.S. (1920).
Angiome du foie simulant une tumeur probablement néoplasique de l'estomac. Bull. et Mém. de la Sté Médico. des Hôpit. de Paris, 3ème S. T. XLIV, 1191-1193.
- 5.- ANGELETTI (1922).
Nuovo metodo di emostasi in un caso du resezione del fegato. Arch. Ital. di chir. S. 400-418, 1922.
- 6.- AENSEN P. (1948).
Two operatively treated cases of hemangioma of the liver. Acta chirurgica Scandinavica- 96 P. fasc. S. 403-408, Avril 1948, 2 fig.
- 7.- ALTMAN W.A. (1951).
J. of A.M.A. vol. 146, p. 254 Mai 1951.
- 8.- ANZINGV A.F. (1939).
Cavernomes du foie. Khirurgia, Moscou n° 10-50-52, 1939.
- 9.- ARQUIN S.F. (1928).
Télégiectasie pathologie comparée. Lymphangio-hémangioma of the liver of dog. Tr. Chicago. Path. Soc. T. 13, p. 17, 1er Juin 1928.
- 10.- AUBERTIN, LEVY et BAGESSE (1933).
L'angiomatose hémorragique familiale (maladie de RENDU-OSLER). Presse Méd. T.41, n°13, 185-189, 4 févr.1933.

- 11.- ASCOLI M. (1930).
Studio clinico sui tumori primitivi del fegato Policlinico
(sez. Chir.) Giul. 1930, T.37, pp.309-330.
- 12.- BABA NOBUHIDE, YEGIE, OKAMOTO et GOSHIO FUGEI (1934).
Zwei Fälle von riesigen Kavernösen angiom und deren
Ausgang Toiwan Igakkaï Zesshi. Sept. 1934, T.33, p.150.
- 13.- BALINSKI V. (1930).
Zur chirurgie der Leberkavernome. Nov.Chir. Arch. 21,
64-68, 1930.
- 14.- BARLANOV B.I.
Cas de la rupture de l'angiome caverneux du foie.
Khirurgie Moskva, 1940, n° 11, p.135.
- 15.- BALL V.
Angiome caverneux du foie chez un chat. Journ. Médical
Véter. Lyon 1904, 5 Sér. T.8, pp.141-146.
- 16.- BARCO (1931).
Sull' emostasi epatica contributo sperimentale
Ann. Ital. Chir. 10, 913-950, 31 Août 1931.
- 17.- BARTAK F. (1935).
Tumeur vasculaire du foie. Cas. Lek. Cesk. 1935, T.74
179-184.
- 18.- BATCHELDER T.L. et ALBRITTEN F.F. (1957).
Hemangioma of the liver. Removal of cavernous tumor
by right hepatectomy. Journ. of Kansas Med. Soc. V.58
pp. 174-177, Mars 1957.
- 19.- BECK C. (1902).
Surgery of the liver. Journ. of American Med. Assoc. 38,
1063-1068, 26 Avril 1902.
- 20.- BELZ A. (1930).
Kavernöses Hämangiom der Leber. Verh. d. 21 russ. Kougs
(Leningrad) 6, 293-297, 1930, Rés. in Zerg. F. ges. Chir. 56,
666, 1931 (32).
- 21.- BENEKE (1890).
Kasuistische Beiträge zur Geschwulstlehre : III Zur Genese
der Leberangioma. Ziegl. Beitr. f. Path. Anat. 119, 76, 1890.

22.- BENDIEK (1939).

Zür Kenntnis der Atypischen malignen hamangio-endotheliome der Leber. Frankf. Zeitschr. f. Path. 53, 224-243, 1939.

23.- BERARD

Notes sur quelques faits rares d'Anatomie Pathologique. Bull. Sté Anat. & in Ferrus et Bérard, p. 1628.

24.- BERGMANN (Von) (1893).

Zür Kasuistik der Leberchirurgie. Verhandl. d. Dtsch. Ges. f. Chirurg. 22. 218 Kong. 1893.

25.- BERMAN, KIRKHOFF et LEVENE (1955). A.M.A. Arch. of Surg. V 71 (2).
pp. 249-253. Août 1955.

26.- BESPALOU V.G.

Un cas de large angiome du foie. Nvy Rhir. Arkhiv. 32, 559-561.

27.- BIRCH HIRSCHFELD F.

Lehrbuch der pathol. anatomie (angiome du foie). Berlin 1898, 5ème édit. T. I, p.220.

28.- BLONDEL

Le tissu réticulo-endothélial du foie (cellules de Kupfer) et ses tumeurs malignes (Thèse Paris 1933. 253 p.)

29.- BOGOMAZ A. (1930).

Seltener Fall von Leberkavernom. Zap. Med. sek. Odessk. Nauk. 2-15-16 a 1950

30.- BOHMIG (1937).

L'angiome cavernaux du foie et de la peau, structure. Zentrabl. f. Chirurg. 54, n° 48, 27. Nov. 1937.

31.- BOMAN (1939).

Recherches cliniques et histologiques sur l'hémangiome. Acte chir. Scand. 83 fasc. 3-4, 31 déc. 1939.

32.- BOURDEIX G. (1939).

Contribution à l'étude des hémangiomes du foie. A propos d'un cas d'hémangiome kystique. Thèse Strasbourg n° 98, 1939.

33.- BONFANTI (1908).

Sopra un caso di resezione epatica per neoplasma. Rig. Med. 24 429-432, 1908.

- 34.- BOTTICHER (1863).
Umwandlung Kavernöser geschwülste der Leber zu festen
narbigen Knosen. Virchows Arch. f.path. Anat.28, 421-425,
1863.
- 35.- BRANCADORO G.B. (1953).
Suo di un caso di emangioendothelioma del fegato.
La Riforma med. Vol. 67, pp. 38-46. Janv. 1953.
- 36.- BRAUN D.M. (1929).
Hemangioma of liver. J. Usovershent vrach. 7, 317-319,
Mai 1929.
- 37.- BRONSTEIN B.L. (1924).
Ueber Leberkavernome. Vestn.chir. 95-96, 103-107, 1934.
- 38.- BROWN (1927).
Excision of large angioma of the liver in a diabetic. Brit.
Med. Journ. T. I, 232, 1927.
- 39.- BRUCHANOW (1899).
Ueber di natur und genese der Kavernösen Hämangiom der lever.
Prager Zeitschr. f. Heilk. 20 , 1899.
- 40.- BRUNI (1924).
Contributo allo studio dei tumori endoteliali del fegato.
D'ospedale Maggiore n° 18, 387, 1924.
- 41.- BRUCI (1919).
Citè par PEELEGRINI.
- 42.- BRUNSWIG A. et SMITH R.R.
Large Hemangioma of the liver. Successful excision.
Annals od Surg. V. 135, pp. 124-126. Janv. 1952.
- 43.- BURCHARD (1894).
Beitrage zur pathologischen anatomie des kavernosen angiome
der leber. Thèse de Wurzburg 1894.
- 44.- CALDWELL K.P.S. (1950).
Spontaneous intraperitoneal hemorrhage due to hemangioma
of the liver. Brit. Med. J. V. 2 pp. 1155. 1950.
- 45.- CARDERINI G. (1907).
Hemangioma hepaticum chez une femme enceinte. Ann. Gyn. Obst.
(Paris) 2ème sér. T. 4, pp.428-430, 1907. Lucine. Bologne,
107, T. 12, 65-67.

- 46.- CARLI (1940).
Sul tumori primitivi del fegato. Arch. Ital. Chir. 58,
pp. 251-255, 1940.
- 47.- CAROLI, ETEVE, RICORDEAU et SOUPAULT (1955).
L'hémangiome caverneux du foie. Son diagnostic Laperos-
copique et son traitement chirurgical par l'hépatectomie
régulée. Revue Méd. Chir. des Maladies du foie. Nov. 1955.
- 48.- CAROLI J., JAMMET H. et RENAULT H. (1958).
Etude de rose bengale marqué comme test fonctionnel
et procédé d'hépatographie (dans un cas d'hémangioréticulome
du foie). Le sem. des Hôp. n° 14, p. 92, Févr. 1958.
- 49.- CARTS (1938).
Téléangiectasie ; pathologie comparée. Indagini sull macchie
teleangectasiche del fegato dei bovini. Profillassi, II,
43-53.
- 50.- CASCINO R. (1936).
Intervento in un caso raro di emangioma-cavernoma epatico.
Arch. Soc. Ital. Chir. 1936, T. 42, 638-647.
- 51.- CASTELLI R. (1909).
L'angioma cavernoso del fegato. Cap. Magga. Riv. Scient.
Prat. di Milano, IV, 349-390, 1909.
- 52.- CAUSSADE L., NEIMANN N. et TRIPON P. (1954).
Hémangioendothéliome du foie chez un nouveau-né mort par
rupture du foie. Arch. Franç. de Pédiatrie, P. 514-517,
V. II (5) 1954.
- 53.- CECARELLI (1925).
Contribuzione anatomo-matologica à la connaissance des
tumeurs pédiculées du foie. Arch. Ital. di Chir. II, fasc. I
79-105, 1925.
- 54.- CHARTIER
Angiome caverneux du foie ; mortification de la partie
centrale. Bull. Soc. Anat. Paris 104 79, 72-75.
- 55.- CHERVINSKY (1885).
Cas d'angiome caverneux multiple chez un enfant de six
mois. Arch. Phys. Norm. et Path. 3^e s. t. VI, 553-563, 1885.

56.- CHIARI (1909).

Tumor cavernosus hepatis pergrandis interlaparot ruptus.
XIII Kongr. d. Deutschen Gesellsch. f. Geburt u. Gynako,
Juin 1909, Strasbourg Munch. Med. Wschr. 56, n° 31,
1615-1909.

57.- CHARTIER (1904).

Angiome caverneux du foie. Mortification de la partie
centrale. Bull. Soc. Anat. Paris T. 79, 72-75, 1904.

58.- CIGARROA-GONZALEZ L. et MALAKOFF L.M.E. (1955).

Resection of a cavernous hemangioma of the liver. Tex.
State Journ. of Med. V. 51 (II) p. 768, Nov. 1955.

59.- CLAR F. (1928).

Cavernom der Leber. Med. Klin. 24, 1746-1947, 9 Nov. 1928.

60.- COLLEONI L.Z. (1913).

Resezione del lobo sinistro del fegato per cavernoma.
Gazetta degli ospedali e delle cliniche, 34, 807-809, 1913.

61.- CONOS B. et ARCHOLLAOS S. (1931).

Un cas de maladie de Recklinghausen. Uloères gastriques.
Cavernome du foie. Rev. Neuro. I, 78-82, Janv. 1931.

62.- COPELLO R. (1921).

Chirurgicel angiom del fegato curado con la reseccion.
Semaná Med. (Buenos-Ayres) 28, 2, 814, 1921.

63.- COUINAUD C. (1954).

Journ. de Chirurg. V. 70, p. 933 etc. 1954.

64.- CRIPPS (1903).

Large naevoid tumor removed from liver. Brit. M.J. 2, 18, 1903.

65.- d'ABOSTINO (1940).

Cliangiomi del fegato. Clin. Chir. Milano. T. 43, n° 3-4,
163-182, Mars-Avril, 1940.

66.- DAHLE M. (1939).

Hémangiome hépatique avec rupture et hémorragie dans la
cavité abdominale. Nordisk Med. Bergen 4 n° 45, 3334-3336.
11 Nov. 1939 (recens. z. org. f. Ges. Chir. 97- 592-1940).

67.- DAHLGREEN K. (1902).

Fall von Kavernösem angiom in der Leber hebst einigen worten
über Leberresektion. Nordisk Med. Arkiv. (kirurg.)
3-1-24 afd. I helt 3 n° 14, 1902.

- 68.- De La ROCHEMACE G. (1951)
Thèse de Médecine (Paris) Mars 1951.
- 69.- DELBET P. (1902).
Angiome du bord antérieur du foie. Extirpation après résection hépatique. Guérison. Paris. Chir. 4 - n° 10 117-120, 1912 (Presse Méd. 57 - 1913).
- 70.- De NAVASQUEZ S. (1936).
Angioblastoma of spleen with metastases in liver. Journ. of Path. and Bact. 42 - 651 - Mai 1936.
- 71.- D'ERRICO (1946).
Cavernomi del fegato di interesse chirurgico (revista critica della letteratura. 71 casi operati) Giornale Italiano di chirurgia, anno II, n° 6, 267-284, Juin 1946.
- 72.- D'ERRICO (1946).
I tumori primitivi linfoglandolari di origine vascolare (a proposito di un caso di linfogliotelioma della linfoglandole addominale) Rif. Med. 60, 393-399, 15 Août 1946.
- 73.- DEUGEL
Ein ungewöhnlicher fall eines kavernösen. Angiome der leber. Polska gazeta lekarska, 3, n° 39, 553.
- 74.- DIETZ N.K.
Cavernomes du foie. Khirurgia Novska. 1939, n° 10, 53-59.
- 75.- DITZ (1939).
Sur les cavernomes du foie. Chirurgia 10. 53-59, 1939.
- 76.- DOMENICI A. (1952).
Angiocavernoma epatico di insolite dimensioni associato con cysti de echinococco. Tumori. V. 38, p. 330-337. 1952 (I).
- 77.- DUBOST C. (1953).
La presse Médicale V. 61 (29). p. 614, 25 Avr. 1953).
- 78.- DUBRULLE M. (1953).
Tumeur du ligament rond hépatique (angiome). Acte Chir. Belg. V. 52 (8°) pp. 1327-832. Nov. 1953.

- 79.- DUCKWORTH G.
Treatment of hemangiomas. M. Presse 195, 287-291,
29 Sept. 1937.
- 80.- DUPUYTREN (1832).
Leçons orales. T. II, 20, 1832.
- 81.- EARL H.C.
Multiple cavernomas of the liver. Tr. R. Acad. of Med.
in Ireland, 21, 1903, 316, ECK.
- 82.- ECKLES B.F. (1927-1928).
Hemangioma of the liver. Virginia M. Month. 54 46-50, 1927-28.
- 83.- EISELSBERG A. (von) (1893).
Abtragung eines cavernoms der leber. Wien. Klin. Wschr.
6 - 1 - 3, 1893.
- 84.- EISELSBERG (von) (1893).
Abtragung eines cavernoms der leber. Wien. Klin. Wschr.
n° 6, 1891.
- 85.- EPIFANOV N.S. (1936).
Khirurgia cavernosykh anghiom petcheni - Vestnik Khirurguid
(Leningrad) n° 45, fasc. 124, pp. 221-228, 1936.
- 86.- EWARD (1896).
Beitr. zu genese des leberkavernoms. Thèse Würzburg (1896).
- 87.- FABRIS (1900).
Kavernöse degeneration der leber. Münchener. Med. Wschr.
n° 13, 450-1900. Zieglers, Beitr. 28 349, 1900.
- 88.- FABRIS A. (1926).
Sulla cosiddetta angiomatosi del fegato (degenerazione
cavernosa). La speria mentale. 80 219-227, 1926.
- 89.- FABRE P. Et GADRAT J.
Kystes non. parasites du foie (cystadénome et hémangiome)
Mém. Acad. Chir. Paris, séance du 2 déc. 1936, T. 62,
1335-1339.
- 90.- FAVRE M. et MONNIER J.B. (1931).
Angiomes cutanés et hépatites ulcéreuses. Journ. Méd.
Lyon 12, 309-312, 20 Mai 1931.
- 91.- FERNANDO Paulino.
Extirpação total do lobo esquerdo do figado em im caso de
hemangioma cavernoso cura. Revista Brasileira de Chirurgia.

- 92.- FILIPPINI G. (1901).
Sopra due resezioni di tutte il lobo sinistro del fegato
per neoplasmi. Policlinico (sez. Chir. 8, 229-239, 1901).
- 93.- FINLEY R.K. Jr. SHEPARD N. et SCHAFFER J.M. (1957).
A.M.A. Arch. of Surgery V. 74 (4) pp. 543-546. Avr. 1957.
- 94.- FLEISCHMANN C. (1916).
Tumor cavernosus der leber. Wien. Klin. Wschr. 29, 632.
1916.
- 95.- FLEISCHMANN C. (1916).
Tumor cavernosus der leber. Demonstr. Geb. Gynäk. Ges.
in Wien. 8 2 1916.
- 96.- FOTHERINGHAM W.T. (1935).
Angiome du foie. Bolatines de la societad de chirurgie de
Rosario A. n° 6, 335-344, Oct. 1935; rep. In. J. de Chir.
49, n° 1, 133, Janv. 1937.
- 97.- FOTHERINGHAM T.W. (1935).
Angiomas del Hígado. Rev. de Cir. Buenos-Ayres 14
651- 659, Nov. 1935.
- 98.- FOX R.F. et CELEA E.E. (1951).
Hemangioendothelioma of the liver. Annals of surgery
V.134, p. 1042-1047. Déc. 1951.
- 99.- FRIDELI (1933).
Zur pathogenenses der diffusen hämangiomatosis der leber.
Schweitz. Zettsch. F. Allg. Path. u. Bakt. (Zürich)
6, 353-372, 1939 (ou 533-572).
- 100.- FRITZSCHE J. (1957).
Über die kavernösen hämangiome der leber. Zentr. für
Chir. V: 82 (5) pp. 203-206, 2 févr. 1957.
- 101.- GALLART-ESQUERDO A. et MAROTO J. (1954).
Angioma cavernoso del hígado. Minerva Chir? V. 9 (10°)
pp. 464-465. Mai 1954.
- 102.- GARNIER et CATALA.
Angiomes du foie. In traité de Widel-Roger Teissier. T. XVI,
569.

- 103.- GASPARIAN (1925).
Ueber die primären Lebergeschwülste. Arch. f. Klin. Chir.
153, 435-474, 1926.
- 104.- GATEWOOD (1912).
A congenital hemangioma of the liver. Transac. of the
Chicago Pathol. Soc. 8, 313, 1912.
- 105.- GENERSICH A. (Von).
Operierter Fall eines kindskopfgrossen angioma cavernosum
hepatis. Med. Klin. T. 4 n° 45, 1722-1924, 1908.
- 106.- GENKIN J.I. (1936).
Rhépreusitque chirurgicale de l'angiome cavernoux du foie.
Vestnik Chir. Imeni. Grekova (Leningrad) 45 fasc. 124,
1936.
- 107.- GENKIN I.I. (1935).
Operative Treatment of cavernous hemangiomas of the liver.
Sovet Khir. 4, 157-160, 1935.
- 108.- GESCHICKTER C.F. et KEASBEY L.E. (1935).
Tumors of blood vessels. Am. J. Cancer 23, 568-591, Mars 1935.
- 109.- GIORDANO (1922).
Riforma Med. 38, 798, 1922.
- 110.- GOHRBRANDT (1939).
Cavernome du foie. Zentralbl. f. Chir. 66, n° 43 2344,
28 Octobre 1939.
- 111.- GORBUNOV E.I. (1957).
Résection partielle du lobe droit du foie pour un
hémangiome. Vestnik Khirurgii. V. 78 (6). Juin 1957.
- 112.- GUELTON R.
Les angiomes du foie d'après deux observations personnelles.
Thèse de Lille, n° 12, 1946.
- 113.- HEBER (1938).
L'hémangiome cavernoux du foie? Polski Przegląd Chirurgiczny
(Varsovie) 17 fasc. 4 349-359, Avr. 1938.
- 114.- HAMILTON F.E. et HOLMES R.H. (1950).
Cavernous hemangioma of left lobe. U.S. Armed Forces Med,
J. V.I. P. 443-446, Avr. 1950.

- 115.- HAMMER (1903).
Beiträge zur pathologie des neugeborenen leberangiome beim
neugeborenen Leitsch. F. Geburtsh. u. Gynäkologie, 50-213-223,
610 - 1903 .
- 116.- HANKS H.T. (1892).
Angioma of the liver. Am. J. Obst. et Gyn. XXV 229, 1892.
- 117.- HARBITZ P. (1930).
Hemangioma and hemangiomatosis especially in central
nervous system and liver. Norsk. Mag. f. Lægevidensk,
91, 1335-1348, 1930.
- 118.- HARTER A. et WEILL.
Sur la pathogénie de l'angiome du foie. C 2 - Soc.Biol.1908
T. 64, 756-758.
- 119.- HEDREN (1909).
Teil angiektasie hepatis disseminata und ihre pathogenese.
Ziegl. Beitr. 54 306, 1909.
- 120.- HEDREN S. (1911).
Die pathologie der angiomatosis der Rindeleber Arch. F. Wiss.u.
prakt. Tierheilk 37, heft 3, 1911.
- 121.- HEITZ J. (1956).
Lyon chirurgica1 V. 51 (I) . P. 107-109, 1956.
- 122.- HENDRICK J.C. (1948).
Hemangioma of liver causing death in new born infant.
H. Pediat. 32, 309-310, 1948.
- 123.- HENKE LUBARSCHE
Handbuch der speziellen pathologischen. Anatomie und
Histologie "Leber".
- 124.- HENSON S.W. Jr. GRAY H.K. et DOCKERTY M.B. (1956).
Surgery gynecology and obstetrics. V. 103 (3) pp. 327-331.
Sept. 1956.
- 125.- HORSLEY J.S. (1916)..
Cavernous angioma of the liver. Interstate med. J. 23,
347-350, 1916.
- 126.- IRIARTE I. et CLIVERA C. (1928).
Angioma de Hígado. Semanæ med. Buenos-Ayres. 2 T 35, pp.
293-294, 2 Août 1928.

127.- ISAEV I.K. (1954).

Résection du foie gauche pour hémangiome caverneux.
Khirurgiia (Moskva) n° 3, p. 78, Mars 1954.

128.- ISRAEL J. (1911).

Ein fall von extirpation eines Lebercavernous. Berlin
Klin. Wschz. XLVIII, 662, 1911.

129.- JACBOVICI I. et STOIA I. (1936).

Considérations générales sur un cas d'angiome généralisé
du foie. Bull. Assoc. Franç. pour l'étude du cancer. 25.
n° 6, 832-837, Déc. 1936.

130.- JACBOVICI I. et STOIA I. (1936).

Angiome généralisé du foie, Soc. Méd. Hôp. Bucarest.
séance du 15 Juil. 1936, n° 7.

131.- JAEGER A. (1907).

Télangiectasie pathologie comparée. Die Telangiectasis
der leber der bivenen. Arch. wiss. prakt. Tierh. 33 -
71-112, 1907.

132.- JAEGER (1909).

Sogenannte kavernome der rinderleber. Verhandl. d. dtsh.
Pathol. ges. 13, tag. S. 315-1909.

133.- JAFFE R.H. (1929).

Multiple hemangiomas of skin and of internal organs
(Arch. Path.) 7 44-54, Janv. 1929.

134.- JAFFE.

Angiomatosis hepatis beim menschen, Verhansl. d. Dtsch.
Pathol. Ges. 19, 202-315, 1909.

135.- JAFFE.

Angiomatosis hepatis. Rev. Policlinica caracas 37,
anal in Zentralbl. g. allg. Path. 73, 357, 1939.

136.- JARUPEJ.M. et COMPANY J.

Angiome caverneux du foie avec syndrome de compression
du cholédoque. Rev., Cir. Barcelons Sept. 1935, T. X,
126-133.

137.- HOST (1891).

Vétérinaire. Ueber das vorkommen der hyaliene degene-
ration in den angiomen der leber. Inauf. Diss.
Heidelberg 1891.

- 138.- JOURNIAC (1879).
Contribution à l'étude des angiomes du foie. Arch. de
Physiologie 1879, 58.
- 139.- KAPPELER (1899).
Beiträge zur genese der leberkavernome. Thèse Zurich 1899.
- 140.- KARP M. (1931).
Spontan ruptur eines leber-hämangiome. Zentralb f.
Chirurg. 58 1435-1436, 6 Juin 1931.
- 141.- KASAI K. (1907).
Leberangiome mit ausgang in fibrombildung Münch Med. Wschr.
2 1983-1985, 1907.
- 142.- KAUFMANN (1913).
Fall von kavernomgeschwulst der leber. Thèse de Berlin 1913.
- 143.- KEEN W.W. (1897).
Removal of an angioma of the liver by elastic constriction
external of the abdominal cavity, with a table of 59 cases
of operation for hepatic tumors. Pennsylvania Med. J.I.
193-204, Octob. 1897.
- 144.- KEMPF (1901).
Leberveränderungen enfolge von cumerinvergiftung Zentrelbl.
F. Pathol. 12, 819, 1901.
- 145.- KINAWI M.N. (1956).
Partial hepatectomy for hemangioma of the liver.
J. of the Egyptian Med. Ass. V. 39 (3) pp, 229-232. Juin 1936.
- 146.- KISSINGER C.G. STERNFELDE et ZUKER S.D. (1940).
Rupture of cavernous hemangioma as cause of death in
Newborn infant; report of case. Ohio State J. 5, 36,
383-384, avril 1940.
- 147.- KITT (1895, 1900).
Vétérinaire. Kapillarfleckige angiomatose der rindsleber.
Monatsh f. rapt. Tierheilk. 6, 157, 1895. U. Lehrb. s.
678, 1900.
- 148.- KONIG (von) (1911).
Leberresektion. Dtsch. Med. Wschr. 37, 324-524- 525, 1911.

- 149.- KRAUSE W. (1927).
Operative Entfernung einer kavernösen entarteten Nebenleber.
Zbl. F. Chirurg. 2, 54, 1918, 1921, 1927.
- 150.- KRUPPA F. (1951).
Cavernome rompu sans issue fatale. Zentr. Für Chir. V. 76
p. 1411, 1951.
- 151.- KUNSTADTER R.H. (1933).
Hemangio-endothelioma of the liver in infancy. Case report
and review of the literature? Am. J. Dis. Child. 46,
805-810 , 1933.
- 152.- KUSKE H.J. (1937).
Hémangio-endothéliome bénin angiome . Vergleichende Unter-
suchung über Bau und pathogenese von Leber und Hautkavernom.
Frankf. Zschr. F. Path. 51, 131-149, 1937.
- 153.- LANGER P. (1901).
Erfolgreiche extirpation eines grossen hemangioms der Leber.
Thèse Breslau, Oct. 1901, in arch. F. Klin. Chir. 64 heft 3.
630-648, 1901.
- 154.- LANGHANS (1877).
Kasuistische Beiträge zur Lehre von den Gefässgeschwülsten
(sekundäres Angiom) Virch. Arch. f. Path. anat. 75, 273-291,
1877.
- 155.- LEVLAIVE E. (1887).
Angiome du foie . Autopsie microscopique. Bull. Me. Soc.
Anat. Paris I - 379-383, 1887.
- 156.- LEO (1928).
Linfangio-endothelioma intra-périvascularare primitivo del
fegatto. Ann. Ital. Chir. 7, 142- 1928.
- 157.- LEROUX R. et CORNIL L. (1924).
Epithélioma sébacé B/M Soc. Anatomique de Paris XCIII,
p. 353, Avr. 1923 et Avr. 1932.
- 158.- LEVADITI (1901).
Kumerinvergiftung . Zbl. f. Allg. Pathol. 12, 241, 1901.
- 159.- LEVICK G.B. et RUBIE J. (1953).
Hemangioendothelioma simulating congenital heart disease
in infant. Arch. of Dis. in Childhood . V. 28, pp.49-51,
février 1953.

160.- LILIENFELD (1889).

Über die entstehung der kavernome in der leber. Thèse de Bonn, 1888. 1889.

161.- JLUNGREN C.A. (1902).

Zür Kenntnis des Progredienten leberkavernous. Nord. Med. Ark. 35; abt. I Heft 4 n° 18, 1 - 9, 1902.

162.- LUCKE (1865).

Die Kombinations der Kavernösen geschwulste und ihre unwandlung. Virch. Arch. F. path. Anat. 33 1865.

163.- LUDIN M. Jr. (1953).

Hemangio endotheliomatose von leber und milz bei thorostrastspeicherung. Schweiz. Zeitsch. für allg. Path. und beckt. V. 16 (6) pp. 987-994; 1953.

164.- LUDWIG (1911).

Zur pathogenese und sustematischen stellung des leber kavernome. Zbl. F. Allgem. path. und Pathol. anat. 29 n° 18-19, 1911.

165.- LUDWIG E. (1918).

Zur pathogenese und systematischen stellung der leberkavernome Zbl. f. Allg. pathol. 29, 497-506, 1918)

166.- LUNGHETTI (1913).

Sopra un caso della così detta telangiectasie disseminata del fegato. Lo sperimentale 67-3-267, 1913.

167.- LUSCHKA H. (von).

Hémangio-endothéliome bénin. Über eine umfangliche bindegewebsgeswulst der leber eines vier wochenalten Kindes. Virch. Arch. F. Path. anat. 15 1858, 168-172.

168.- MAC FADYCAN (1890).

Vétérinaire. Cavernous angioma of the liver of the ox. J. of comp. Pathol. and thérap. 345, 1890.

169.- MAC MAHON H.E., MURPHY A.S. et MATHE M.I. (1947).

Endothelial oell sarcoma of liver following thorotrest injections. Am. J. Path. 23, 585-611, Juil. 1947.

170.- MAC NAUGHTON, JONES H. (1901).

Hémangio-endothéliome bénin. Angiome du foie. Med. Press. 2 Avr. 1901.

171.- MAC NAUGHTON J.H. (1901).

Hemangio-endothelioma bénin. Large angioma of the liver simulating movable kidney. Brit. Gynæc. J. London 17, 40-43, 1901.

172.- MAEZIMA K. (1936).

Hémangio-endothéliome bénin. Telangiectasie der kavernom (ein fall von unschriebener kavernöser telangiectasie der leber). Keijo J. Med. 7, 270-275, 25 Sept. 1936.

173.- MAIER.

Beitring zu den cavernösen blutgeschwülsten. Virchows arch. F. path. anat. 8 1855, 129-132.

174.- MANTLE A. (1903).

Hémangio-endothéliome bénin. An unusually large angioma of the liver. British Med. J. I 365-366, 1903.

175.- MARCKSTADT K.O. (1938).

Ueber geplazte hämangiome der leber. Deutsch Zeitschr. f. Chir. 250 fasc. I - 37-43, 11 mars 1938, anal. J. chir. n° 3 sept. 1938.

176.- MAREK (1895).

Telangiectasia maculosa hepatitis. Veterinarius Nr. 7 s. Jahresber von Ellenberger u Schütz, 1895.

177.- MARCOZZI V. (1912).

Sulla patogenesi e struttura degli angiomi del fegato. Gazz. intern. di Med. (Napoli) 15, 697, 1912.

178.- MARCUCCI G. (1939).

L'emastasi epatica : ricerche sperimentali arch. Ital. di chir. 50, 101-119, 1939.

179.- MARESC R. (1903).

Ueber ein lymphangiom der leber. Zeitschr. f. Heilk. 24, 39-50, 1903.

180.- MARTINACCIO G. (1953).

I cavernomi del fegato. Rivista della letteratura e contributo personale. Policlinico Sezione Chirurgica V. 60, (5) pp. 312-335, Sept. Oct. 1953.

181.- MARTIN W.L. et BOWER R. (1954).

Hemangimas of the liver. Amer. J. of Surgery V. 88(4) pp. 623-826, oct. 1954.

- 182.- MARTINOTTI (1889-1890).
Angioma hepatis. Ueber einen mädchen. Arch. Ital. di ped. 107,
1889 ref. in Jahrb. f. Kind. Bd. 31 6 103, 1890.
- 183.- MAY (1898).
Ueber haemangioma cavernosum der Leber und seine Genese.
Inaug. Diss. Würzburg 1898, s. AUCH. Borst II ber Jb.
Abh. A.d. pathol. Inst. zu Würzburg S 37 1898.
- 184.- MERKEL (1904).
Ueber die Umwandlung der Leberkavernome in fibromännliche
Knoten Ziegler's Beitr. Path. anat. Bd 36 S. 574-584, 1904.
- 185.- MEUSBERGER A. (1934).
Teleangiectasia hepatis disseminata beim Menschen.
Zeitschr. Kreislauf Forsch. 26 877-879, 1934.
- 186.- MICHALOW (1899-1901).
Ein Fall von Leberangioma bei einem Kinde. Patiatr. Ges.
in Moskau. 27 12 1899, s. arch. d. Kinderheilk. ; Bd. 31 s.
291 - 1901.
- 187.- MORELLI M. (1933).
Fibro-angioma cavernoso gigante del fegato. Giornale di
Med. Mil. M si 1933 t. 81, 347-357.
- 188.- MORRIS J.H. (1940).
Hémangio-endothéliome bénin. Hemangioma of liver. Success-
ful resection of left lobe. Annals. of Surg. 3, 111,
147-150, Janv. 1940, recens. L. Org. f. ges. Chir. 98,
550, 1940.
- 189.- MORTON H.B. (1942).
Large pedunculated cavernous hemangioma of the liver. Case
report. Am. J. Surg. 56, 673-675, 1942.
- 190.- MULLER G.P. (1910).
Angioma of the liver. Pro-path. Soc. (Philadelphia) N.S.
13 1910.
- 191.- NENILLIN F. (1931).
Ein Fall von Leberkavernom Zentralbl. f. Chir. 58,
1575-1577, 20 Juin 1931.
- 192.- NETTROUR W.S. (1936).
Angioma of the liver. Adenocarcinoma of the suprarenal gland.
Report of 2 cases. Proc. Staff Meet. Mayo Clin. II, 710-713
4 Nov. 1936.

193.- NICHOLSEN P.M. (1902).

Angioma of the liver. Removal & wound treated by the intra-peritoneal method. Interstate M.J. 9, 427-430, 1902, Tr. Med. Ass. Missouri 1092 T. 45, 118-122.

194.- NIKOLSKY N.M.

Angiome caverneux du foie. Khirurgia Moskva 1940, n° 11 p.133.

195.- MISSEL (1928).

Die mischgeschwulste der Leber. Mit besonderer Berücksichtigung eines Falles von geplatzter mischgeschwulst der Leber bei einem neugeborenen. Virch. Arch. 269, 455-457, 1928.

196.- NOETZEL W. (1913).

Extirpation eines Hämangioms der Leber. Bruns Beitr. z. Klin. Chir. 117, 642-646, 1913.

197.- NOSSEN H. (1924).

Zur Lehre von den Angiomen der Leber (au sujet des angiomes du foie). Bruns, Beitr. zu Klin. Chir. 131 fasc. I 170-179, 1924.

198.- NOVINSKAIA L.D. (1957).

A propos du diagnostic in vivo d'hémangiome du foie.
Klinicheskaya Meditsina, Moskva V. 35 (4). pp. 122-124
avr. 1957

199.- OLMER J. et PAILLAS J. (1934).

Considérations sur l'histogénèse des angiomes et des tégélectasies hépatiques. Ann. Anat. Path. Paris II 755-760, Juil. 1934.

200.- OLMER J. et PAILLAS J. (1935).

Les angiomes du foie. Rev. Med. Chir. Maladies du foie, pancréas, rate, 10, 420-429, Sept-Oct. 1935.

201.- PATZELT K.H.O.

Ueber ein congenitales Leberkavernom mit persistierender Haemopoese bei hydrops universalis. Thèse Tübingen 1938, 40 p.

202.- PAULINO F., PEREIRA P.B., et PIMENTEL A. (1950).

Total extirpation of left lobe of cavernous hemangioma; case with recovery. Reg. Brasil. Cir. V/ 20, p. 839-851.
Août 1950.

- 203.- PEALE A.R. et COOMBS J.N. (1946).
Large hemangioma successfully removed surgically case. Am. J. Clin. Path. 16, 792-795, dec., 1946.
- 204.- PECK C.H. (1921).
Cavernous hemangioma of left lobe of liver. Weight Three pounds fourteen ounces, extirpation of left lobe of liver, recovery. Surg. Gyn. Obst. 33 n° 3 277-280. 1921.
- 205.- PELLEGRINI A. (1913).
La rezezione del fegato. Firenze 1913. L. Nicolai.
- 206.- PELLIGRINI A. (1922).
La resezione del fegato. Rif. Med. 38 944-946, 1922.
- 207.- PEPERE (1902).
I tumori maligni primitivi del fegato. Napoli 1902.
- 208.- PEREIRA B. (1955).
Hepatostomia esquerda e hemangioma do figado. Portugal Medico V. 39 (6°) pp. 350-357. Juin 1955.
- 209.- PERTHES (1905).
Leberkavernom. Cité par THÖLE.
- 210.- PFANNENSTIEL (1898).
Erfolgreiche extirpation eines grossen kavernösen leberangioms. All. Med. Zntz. 57-177; 1898.
- 211.- PFANNENSTIEL (1901).
Erfolgreiche extirpation eines grossen hemangioms der leber. Langer puh. f. Klin. Chir. 64 630, 1901.
- 212.- BICEAGLI (1931).
L'emostasi nelle resezioni del fegato (contributo sperimentale) Ann. Ital. Chir. 16, 423-470, Mai 1937.
- 213.- PICHIER H. (1903).
Ein fall von haemangioma hepatis heilung durch extirpation. Zeitschr. f. Heilk. 24, 250-259, 1903.
- 214.- PICKRELL K.L. et CLAY R.C. (1944).
Lobectomy of the liver. Arch. of surgery V. 48, p. 267, 1944.
- 215.- PINTOS C.M. et ROCCA RIVAROLA M.C. (1943).
Tumor primitivo del higado en un lactante (hemangioma ulceroso) Arch. Ped. Uruguay 14 443 1943.

216.- PODLAHA J. (1932).

Hæmangioma cavernosum hepatis. Bratislavské Le Kershé
Lisly I n° 3, 82-87, 1922, Recens. Z. Srg. F. Ges. Chir.
21 532, 1923.

217.- POLIKARPOVA M.D. (1955).

Angiome gaverneux géant du foie. Khirurgiia (Moskva)
n° 3 p. 68, Mars 1955.

218.- POUZIO M. (1932-1933).

Angiomi multipli epatolosplenici calcificate Arch. di
Radiol. 8, 157-158, 1932. Anal. Am. J. Cancer 18 -740
1933.

219.- POZZI G. (1932)

L'angioma cavernoso del fegato. Clin. Chir. Milano T. 35
625-650, Juin 1932.

220.- PROUST (1919).

Angiome du Foie. Bull. Mém. Soc. Chir. Paris, 45,
915, 1919.

221.- PRYLES C.V. et HEGGERSTAD G.E. (1954).

A.M.A. Amer. J. of diseases of children. V. 88 -(8)
pp. 759-763, Déc. 1954.

222.- RAY B.S. (1939).

Large cavernous hemangiomata of the liver. Report of an
inoperable case treated with roentgenotherapy. Ann. Surg.
Philadelphia, 109, n° 3 373-382, Mats. 1939.

223.- RAZEMON P. et DÉCOULE P. (1938).

Angiomes du foie. Rev. Chir. Patis. 1939 T. 77, 186-196.
Soc. Méd. du Nord S.D. 24 Juin 1938, in L'Echo Médical
du Nord n° 15 p. 418, 15 Août 1938.

224.- REITANO R. (1931).

Su di alcuni rari casi di emoangiocavernoma epatico a
large sviluppo. Arch. Ital. di anat. Istol. Pat.
223-231, Janv.-Févr. 1931.

225.- RELLAY

Angiomes du foie. Thèse de Médecine Paris 1944.

226.- REPIN S.I. (1933).

On hemangioma cavernosum hepatis. Vest. Klin. H. 30
133-136, Recens. z. orga f. Gest. Chir. 67-54, 1934.

227.- RIBBERT (1898).

Ueber baß wachstum und genese der angiom. Virchows arch.
f. Path. anat. Bd 151, s. 881 384 1898.

228.- RICHTER J. (1917).

Ueber einen fall von leberkavernom. Zentralbl. f. Gyn. 41.
fasc. 9 , 221-223, 1917.

229.- RIDDLE J.G. et MADDING G.F. (1949).

Hemangioma of the liver. Surgery, V. 25, p. 744, 1949.

230.- RISPAL

De la transformation fibreuse des angiomes du foie.
Toulouse Méd. 1908, T. 19, 121-124.

231.- ROGGENBAU F. (1910).

Zur Kenntnis des kavernösen angiome der leber. Zieglers
Beitr. Path. anat. 49, 113, 313-337, 1910.

232.- ROSENER E.W.

Ueber ein ungewöhnlich grosses kavernöses haemangiom des
rechten Leberlappens bei einem neugeborenen. Göttingen 1931
13 p.

233.- ROSENTHAL J.C. (1897).

Extirpation einer Lebergeschwulst. Deutsch. Med. Wehr. 23,
54-56, 1897.

234.- ROSSI R.P. (1906).

Télangiectasie pathologie comparée. Le télangiectasie
epatiche nei bovini. Clin. vet. Milano 29, 583, 7 , 1906.

235.- ROSSI N. (1956).

Grosso cavernoma epatico. Asportazione. Guarigione. Minerva
Chirurgica. V. II (21) pp. 1087-1091. Nov. 1956.

236.- RUBEN J.C. (1918).

Large redunculated cavernous angioma of the liver reaching
into the pelvis and causing obstetric difficulty. Med. Rec.
New-York XCIII, p. 40, 1918.

237.- RUBIN E.C. (1918).

Large pedunculated angioma of the liver reaching down into
the pelvis and causing obstetric difficulty. Am. J. obst.
77, 273-276, 1918.

- 238.- RUGGERI R.C. (1935).
Contributo allo studio degli emsangio-endoteliomi del fegato nell'infanzia. La Pediatra, 43, 1171-1180, Oct. 1935.
- 239.- RUHMEKORF (1907).
Ueber multiple disseminierte kapillarctasien der leber des rindes. Inaug. Diss. Leipzig, 1907.
- 240.- SAAKE (1893-1896).
Multiples disseminiertes Leberangiom des rindes Arch. f. wiss. u. prakt. Tierheilk. 19, 193, 1893 - Ueber angiomatose entartung der leber. Wsw. Otsch. Zeitschur. f. Tiermed. Bd. 22 S. 142, 1896.
- 241.- SABRAZES
Les tumeurs du foie. Les documents du praticien.
- 242.- SAKAMOTO et KOLEKICHI (1935).
Ueber zwei fälle von spontan-ruptur des hepatoma-Ztschr. Jap. Chir. Ges. 36-38-39, 1935, res. Z. Org. f. Ges. Chir. 79, 703, 1936.
- 243.- SALA A.M.
Pathological rarities in cancer. Extensive hemangioma of liver. Radiology 25 437-439, Oct. 1935.
- 244.- SALOMONE P. (1953).
I tumori primitivi del fegato con particolare riguardo all' emsangioendothelioma. Minerva Peditrica (Torino) V.5 (14) pp. 574-587, Juillet 1953.
- 245.- SANTHE H.E. (1922).
Pedunculated hemangioma of the liver. Med. Rec. New-York G.I. 257, 1922.
- 246.- SAWYER J.E.H.
A case of diffuse engiomatous condition of the liver. Rep. Soc. Study Dis. Child. London, 1905, 1906, T. 6, 19-24.
- 247.- SAWYER K.C., MAC CUROY R.E. et LUBCHENCO A. (1956).
Hemangioma of the liver. Rocky Mountain Med. J. (Denver) V. 53 (II), pp. 1009-1012 . Nov. 1956.
- 248.- SCHEFFEN (1897).
Beiträge zur Histogenese der Leberkavernome. Thèse de Bonn. 1897.

249.- SCHELEFF N. (1939).

Ein operiertes Leberkavernom bei bestehender Schwangerschaft. Zbl. f. Chir. 66, n° 20, 1133-1136. 1939.

250.- SCHMIDT H.

Un cas avec localisation variée d'hémangiome du foie et ses relations avec l'angiome 3 Frankf. Zeit. J. Path. 51- 43 - 62 1937.

251.- SCHMIEDEN (1900).

Ueber den Bau und die Genese der Leberkavernome. Virch. Arch. 161 373 1900.

252.- SCHROHE T. (1899).

Telangiectasien der Leber. Virchows Arch. f. path. anat. Bd 156 S. 37 61 1899.

253.- SCHULTE J. (1934).

2° Kasuistik der grossen Leberkavernome. Zbl. f. gyn. 58, n° 9, 488-490. Mars 1934.

254.- SCHUMACKER H.B. (1942).

Hémangioma of the liver; discussion of symptomatology an report of and patient treated by opération. Surgery II n° 1, 209-222, 1942.

255.- SENEQUE et AUREUSSEAU (1950).

Des possibilités de l'hépatectomie dans le traitement des tumeurs du foie. J. Chir. T. 66, n° 1 janv. 1950, 22-36.

256.- SHAW J.J.M. (1928).

Haemangioma-Lancet I, 69-72, 14.1.1928.

257.- SHEPPART A.M.

Acquired angioma of the liver. Bristol Med. Chir. J. 1907 T. 25 46-50.

258.- SIEBNER M. (1930).

Hämangiome der Leber, Deutsch. Zeitsch. f. Chir. Leipzig 224, n° 5, 339-343, Juin 1930.

259.- SIEBNER M. (1940).

Das Hämangiom der Leber und seine Behandlung Münch. med. Wschr. 87, 597, 1940.

260.- SIEBNER M. (1940).

Das Hämangioma der Leber und seine Behandlung. Chirur.
12 - 244-247, 15 Avr. 1940.

261.- SIEDELSKI (1927).

Rupture spontanée d'un angiome caverneux du foie, suivie
d'une hémorragie mortelle intrapéritonéale. Nowing lek.
Poznan n° 8, p. 287-15 Avr. 1927.

262.- SURALA U. et NAATANEM (1940-1941).

Ueber drei bösartigen Hämangiome in der Milz und Leber.
Acta pathol. Microb. Scand. 17, 353-365, 1940,
ann. Inst. Path. Anant. Univ. Helsingiensis 1941.

263.- SIMON EN (1939).

Erfolgreich reseziertes Hämangiokavernom der Leber. Zbl.
F. Chir. 66 154-158, 1939.

264.- SLOBĂZIANU H. et PAVLĂVICI CHINEA M. (1939).

Hémangiomes multiples dans le foie d'un prématuré.
Bull. Méd. de la Sté méd. des Hôp. Bucarest n° 9-10, T. 21,
p. 529, Nov-Déc. 1939, Ann. de Méd. d'enfants. 43, 158-161,
Mai-Juin 1940.

265.- SLUYS (Van der) et KOREVAAR (1890).

Angioma cavernosum in de Leber bij. rinderen Holl.
Zietschr. f. tiermed Bd 18 5 27, 1890.

266.- SMALEY (1903).

Kavernum der Leber. Zschr. f. Heilk. 1903, T. 24, F. 8

267.- SOEWADJI PRAWIROHARDJO et SOETARTO (1938).

Angiomatose maligne de l'enfant. Origine congénitale.
Genesk. tijdschr. v. Neder Indie 78 3240 1938.

268.- STAMM (1891).

Beiträge zur Lehre von den Blutgefäßgeschwülsten. Thèse de
Göttingen 1891.

269.- STARCHAK M.I. (1953).

Case of congenital multiple hemangioendothelioma of the
liver. Arch. Patologii (Moskva) V. 15 (5), p. 77, Sept-Oct.
1953.

270.- STEFFEN A. (1882).

Ueber Angiom der Leber. Jahrbuch D. Kinderheilk. 19,
348-350, 1882, anal. in Rev. des sc. Méd. de Hayeur.
22 469 1883.

271.- STEINBERG (1923).

- La chirurgie du foie. Opération d'un cas d'hémangio-
endothéliome du foie, Bruns Beitrage zur Klinische
chirurgie n° 3, 13 Sept. 1923.

272.- STERN A.

- Cavernous angioma of the liver in a baby 6 weeks old.
Arch. Diagn. N.Y. 1915. T. 8, p.72

273.- STIPA F. et D'ONOFRIO G. (1952).

- Su un caso di angioma cavernoso del fegato. Policlinico
sezione chirurgica. V. 59, p. 123-128. Mars-Avril 1952. I.

274.- STOCKMAN S. (1896).

- The structure and origin of the cavernous angioma in
the liver of the ox. Proc. Scot. Micr. Soc. 1895-99, 2,
110-112, J. of comp. Pathol. & therap. 320, 1896.

275.- STOUT A.P. (1943).

- Hemangio-endothelioma ; tumor of blood vessels festurin
vasculaire endothelial cells. Ann. Surg. 118, 445-464,
Sept. 1943.

276.- STRÖM (1903).

- Ueber die fleckige Kapillarektasie in der Leber der
wiederkäuer. Monatschr. f. prakt. Tierheilk. 14, 133, 1903.

277.- STUCHINSKIY B.C. (1935).

- Concerning the question of cavernous hemangiomas of the
liver. Soviet. Vrach. gaz. 11, 891 894 15 Juin 1935,
rest. z. Org. f. ges. chir. 81 534 1936.

278.- SWEED A. et WEINBERG T. (1950).

- Hemangioendothelioma in infancy. Amer. J. of disease
in Children. V. 80 pp. 436-441. Sept. 1950.

279.- SWETSCHNIKOW .

- Ueber eigenetümliche teleangiectasien der Leber. Ref. in
Zentralbl. Für allg. Pathol. Bd 21 S. 1089.

280.- TANAKA S. (1904).

- Télangiectasie pathologique comparée. Contribution to the
pathological anatomy of liver telangiectasy Iji sinbun
713 829 1904.

- 281.- TASKIRAN N. et KAN M. (1954).
Ablation radicale d'un hémangiome caverneux du foie.
J. de chirurgie V. 70 (2). pp. 144-148. Fevr. 1954.
- 282.- TAYLOR A.C. et MOORE E. (1933).
Multiple hemangiomas showing certain malignant characteristics
in infant, report of case. Am. J. Cancer sept. 1933 r. 19 31 39.
- 283.- TEMELKOV S. (1956).
Résection dans un cas d'hémangiome caverneux du foie.
Kirurgija (Sofia) V. 9 (9) . pp. 837-838, 1956.
- 284.- TESLUKA H. et NORDIN W.A. (1955).
Hemangioendothelioma of the liver following thorium
dioxide administration. A.M.A. Arch. of pathol. V 60 (5).
pp. 493-501, Nov. 1955.
- 285.- TINKER M.B. et TINKER M.B. Jr. (1939).
Resection of the liver. Conditions favorables for operation
Methods experimental studies. J.A.M.A. 112 2006-2008 , 1939
- 286.- TINKER M.B.
Liver resection, case report and advantages of radiocutting Ann.
of Surg. 102 728-741, Oct. 1935.
- 287.- TOKUSHIGE Y. (1940).
Ueber einen fall von besartigen hemangioma cavernosum
der leber. Tiuwan Igakkei Zasshi 39, 2059, Déc. 1940.
- 288.- TOMASI L. (1934).
Contributo clinico operativo e istologico allo studio
dell' angioma cavernoso del fegato. Tumori anno XX, série II,
8 fasc. 5, 516-533 Sept. Oct. 1934.
- 289.- TRULLU N. (1914).
Sui tumori pedunculati del fegato. Policlinico (sez. Med.
21 172-182, 1914.
- 290.- TUNER G.C. (1923).
A case in wich an adenom wei-ghing 2 lb 303 was successfully
removed from the liver, with remarks on the subject of partial
hepatectomy. Proc. Roy. Soc. Med. (Sect. Surg.) 16, 43-46, 1923.
- 291.- URECHIA C.I. et FLECKES M. 1932.
Angiomes du type réticulo-endothélial intéressant la moëlle
et le foie. Rev. Neurol. 2 557-565, Nov. 1932.

292.- VERSE (1911).

Ueber die kavernöse umwandlung des periportales Gewebes
bei alter Pfortaderthrombose, Zieglers Beit. Z. Pathol.
Bd. 48 526-527, 1910.

293.- VIDEBAEK A.

Hemangi endothelioma. Acta Pediat. 33 129-143, 1946.

294.- VIDEMAN O.K. (1935).

Cavernome du foie. Novy Klin archiv. 34-5 52-55, 1935.

295.- VIRCHOW

Ueber kavernose geschw. und teleangiectesien. Virchows.
Arch. Bd 6 S. 526.

296.- VOGELSANG W.

Ueber leberangiome und teleangiectesien. Virschows Arch. Bd.
6 S. 526.

297.- VON BECK (1901).

Communication personnelle à THIDE.

298.- WAGNER (1851).

Fall von Blutsysten der leber. Arch. f. heilk. bd.
2 S. 360, 1851.

299.- WAKELEY C.P.C. (1924-1925).

A large cavernous hemangioma of the left lobe of the liver
causing obstruction to the cardiac orifice of the stomach.
Brit. J. of Surg. 12 n° 47, 590-593, 1924-1925.

300.- WEENEY E.J. (Mac (1911).

Enormous angioma of the liver. J. Path. bach. 16 401, 1911.

301.- WILLIS R.A. (1934).

The spread of tumours in the human body, London 1934, p.155.

302.- WILLIS R.A. (1948).

Pathology of tumours . London 1949, p. 713.

303.- WILSON H. et TYSON W.T. (1952).

Massive hemangiomas. Annals of surgery. V. 135, pp.756-770.
Juin 1952.

- 304.- WINTERS R.W. ROBINSON S.J. et BATES G. (1954).
Hemangioma of the liver with heart failure : a case
report. Pediatrics. V. 14 (2), pp.117-121. Août 1954.
- 305.- WOLFENSCHN M.W. (1926).
Ueber leberkavernome. Novy Chir. Arch. 32, 8, 527-531,
1925.
- 306.- WORDEHOFF (1901).
Ueber die genese der leberkavernome. Thèse de Wîzburg 1901.
- 307.- ZUKHOV P.R. (1955).
Cas rare de cavernome hépatique. Chirurgia; Moskva n° 3,
p. 67, Mars 1955.
-

P L A N

I.- INTRODUCTION	1
II.- HISTORIQUE	3
III.- OBSERVATIONS PERSONNELLES	7
IV.- REVUE de la LITTERATURE MONDIALE	23
V.- ETUDE ANALYTIQUE et CRITIQUE des HEMANGIOMES EN VUE du DIAGNOSTIC PREOPERATOIRE	40
VI.- TRAITEMENT des ANGIOMES CAVERNEUX : L'APPORT des HEPATECTOMIES REGLEES à la CHIRURGIE des TUMEURS du FOIE	62
VII.- PATHOGENIE des HEMANGIOMES CAVERNEUX du FOIE	65
VIII.- L'ANGIOMATOSE CAPILLAIRE des BOVIDES : SES RAPPORTS avec l'HEMANGIOME CAVERNEUX du FOIE	69
IX.- CONCLUSIONS	74

